

MINISTÈRE DE LA RÉGION WALLONNE

---

Conférence Permanente du Développement Territorial

**RAPPORT PROVISOIRE DE LA SUBVENTION 2004-2005**  
**Septembre 2005**

**Thème 3.3**  
**BESOINS ET OFFRE SOCIALE ET SANITAIRE AU**  
**TRAVERS D'UNE APPROCHE GLOBALE ET**  
**TERRITORIALE**

Université Libre  
de Bruxelles  
**GUIDE**  
(ULB)

Université Catholique  
de Louvain  
**CREAT**  
(UCL)

Université  
de Liège  
**LEPUR**  
(ULg-FUSAGx)

---

***Pilote 3.2 – 3.3 – 3.4***

GUIDE-ULB : Dominique-Paule Decoster

***Chef de service 3.3***

LEPUR-ULg : Quentin Michel

***Chargées de recherche***

LEPUR-ULg : Sophie Hanson

IGEAT-ULB : Marie-Eve Ronveaux

## THEME 3.3 : BESOINS ET OFFRE SOCIALE ET SANITAIRE AU TRAVERS D'UNE APPROCHE GLOBALE ET TERRITORIALE

### TABLE DES MATIÈRES

<b>PRÉAMBULE.....</b>	<b>5</b>
<b>CHAPITRE I : OFFRE SOCIALE ET SANITAIRE EN RÉGION WALLONNE : SYNTHÈSE .....</b>	<b>8</b>
1. APERÇU GÉNÉRAL DE L'OFFRE DE SERVICES SOCIAUX ET SANITAIRES EN RÉGION WALLONNE .....	8
1.1 <i>Pouvoir compétent et inventaire</i> .....	8
1.2 <i>Analyse comparative</i> .....	9
1.3 <i>Synthèse de l'offre sanitaire d'un point de vue territorial</i> .....	15
2. APERÇU DE L'OFFRE DE SERVICES SOCIAUX ET SANITAIRES POUR PERSONNES ÂGÉES EN RÉGION WALLONNE .....	16
2.1 <i>Infirmières à domicile et kinésithérapeutes</i> .....	17
2.2 <i>Etablissements spécifiques aux personnes âgées</i> .....	18
<b>CHAPITRE II : DEMANDE SOCIALE ET SANITAIRE EN RÉGION WALLONNE : SYNTHÈSE .....</b>	<b>20</b>
1. SYNTHÈSE DE LA DEMANDE SANITAIRE GLOBALE D'UN POINT DU VUE TERRITORIAL.....	20
1.1 <i>« Vulnérabilité médicale »</i> .....	20
1.2 <i>Vieillesse</i> .....	21
1.3 <i>Espérance de vie</i> .....	21
2. APERÇU DE LA DEMANDE DES PERSONNES ÂGÉES EN RÉGION WALLONNE.....	22
2.1 <i>Seniors isolés et sans voitures</i> .....	22
2.2 <i>Mouvements migratoires des seniors</i> .....	23
3. CONCLUSION DE CE CHAPITRE .....	27
<b>CHAPITRE III : RÉPONSE QUALITATIVE AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES ÂGÉES : PISTES DE RÉFLEXION .....</b>	<b>28</b>
PRÉAMBULE.....	28
1. PISTES DE RÉFLEXION EN CE QUI CONCERNE LES PERSONNES ÂGÉES .....	29
1.1 <i>Introduction</i> .....	29
1.2 <i>Initiatives en termes de services visant le maintien à domicile</i> .....	29
1.3 <i>Formules spécifiques en termes de logement</i> .....	33
1.4 <i>Conclusion de cette partie</i> .....	41
2. PISTES DE RÉFLEXION EN CE QUI CONCERNE LES PERSONNES HANDICAPÉES ÂGÉES .....	41
2.1 <i>Introduction</i> .....	41
2.2 <i>Notion de personnes handicapées âgées</i> .....	42
2.3 <i>Pistes de réflexion quant à la prise en charge des personnes handicapées âgées</i> .....	43
2.4 <i>Conclusion de cette partie</i> .....	49
<b>CHAPITRE IV : CONCLUSIONS GÉNÉRALES ET PERSPECTIVES.....</b>	<b>51</b>
 BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE .....	 55
 TABLE DES ANNEXES.....	 58

## PRÉAMBULE

Une répartition territoriale optimale des institutions de soins et des services sociaux est une des préoccupations les plus importantes du Gouvernement wallon<sup>1</sup>. Plus précisément, selon le Contrat d'Avenir pour la Wallonie (CAW), « le Gouvernement se propose de développer une politique de santé intégrée et coordonnée et de garantir l'accès aux soins pour tous les citoyens, y compris en termes de proximité géographique en favorisant l'offre de soins primaires. Il coordonnera les dimensions sociales et sanitaires, établira une approche transversale de l'offre de soins (...) »<sup>2</sup>. Les liens sociaux qui y sont décrits envisagent également l'aspect sanitaire. Le Contrat d'Avenir renouvelé confirme ces enjeux dans une optique de cohésion sociale.

Un des buts essentiels du développement territorial est d'apporter une réponse aux besoins primordiaux des habitants<sup>3</sup>. Cet objectif est dicté par le principe de cohésion sociale et économique basé sur une solidarité raisonnée entre territoires et entre personnes<sup>4</sup>. La cohésion sociale implique avant tout une attention aux besoins fondamentaux non rencontrés de la population (notamment ceux des personnes handicapées ou des personnes à mobilité réduite). La cohésion économique suppose une stratégie de collaboration impliquant que les territoires qui détiennent davantage de ressources, dans quel que domaine que ce soit, acceptent de mettre une partie de celles-ci à la disposition de ceux qui en ont le moins<sup>5</sup>. La mise en réseau des acteurs sociaux et sanitaires permet de concrétiser cette cohésion territoriale.

Le cadre de vie peut avoir des répercussions sur la réponse à apporter aux besoins des habitants puisqu'il présente des caractéristiques (positives ou négatives) résultant, pour une grande part, de la façon dont l'aménagement de l'espace a été conçu et géré. Le Schéma de Développement de l'Espace Régional (SDER) stipule que, sur le plan qualitatif, des disparités et des carences se font sentir du fait de la modification des caractéristiques de la population (notamment le vieillissement) et des modes de vie, de situations économiques de plus en plus difficiles pour certaines personnes (chômage, endettement) et de problèmes de mixité de populations (sentiments d'insécurité et de violence)<sup>6</sup>. Il conclut que ces écarts semblent s'accroître au sein de la population. Ils s'expriment notamment par des déséquilibres entre la satisfaction de la demande et l'offre disponible et/ou accessible, et en particulier en ce qui concerne les équipements et services divers (soins de santé notamment) qui ne répondent pas toujours à la demande quant à leur capacité, qualité ou localisation<sup>7</sup>. L'une des options du SDER est par conséquent de répondre aux besoins en équipements et services. Il propose des mesures en vue de concrétiser cette orientation comme par exemple programmer les équipements et services publics, éviter les doubles emplois et être attentif à leur accessibilité<sup>8</sup>.

Le programme de travail 2002-2005 de la CPDT a été établi dans cette optique puisqu'il stipule, à l'instar du CAW et du SDER, que la répartition territoriale optimale des services

---

<sup>1</sup> Gouvernement wallon, Contrat d'Avenir pour la Wallonie, 2000, pp. 157 et suivantes.

<sup>2</sup> Ibidem, p. 163.

<sup>3</sup> Gouvernement wallon, Schéma de développement de l'espace régional, pp. 10 et 121.

<sup>4</sup> Ibidem, p. 10.

<sup>5</sup> Idem.

<sup>6</sup> Ibidem, p. 121.

<sup>7</sup> Idem.

<sup>8</sup> Ibidem, pp. 177 et 178.

sociaux et sanitaires (définis comme étant l'ensemble des soins et services contribuant à l'intégration et l'autonomie des personnes<sup>9</sup> ainsi que les pôles de coordination) consiste en un enjeu important. Elle doit être adaptée aux besoins et pratiques de leurs bénéficiaires. De même, les politiques favorisant l'intégration et l'autonomie des personnes doivent être envisagées par une approche globale et articulée. Le but de cette étude est, in fine, d'obtenir une cartographie articulant, à des notions pertinentes de territoire, des facteurs et éléments tels que les déplacements « naturels » des personnes, la fréquentation des services, des indicateurs de besoins (revenus, âge,...).

Compte tenu de ces objectifs, l'offre sociale et sanitaire en Région wallonne a été approchée sous plusieurs formes (inventaire et analyse comparative des institutions)<sup>10</sup>. Plus précisément, pour les subventions 2002-2003 et 2003-2004<sup>11</sup>, la recherche s'est articulée en trois étapes :

- la réalisation d'une analyse du partage des compétences afin d'identifier les pouvoirs intervenant dans le domaine de l'action sociale et de la santé ;
- l'élaboration d'un inventaire des services sociaux et sanitaires existant en Région wallonne (permettant l'identification de l'offre sur ce territoire) ;
- la comparaison des outils figurant dans l'inventaire entre eux en vue d'identifier les doubles emplois éventuels et les synergies entre les structures.

Parallèlement à cette démarche, il s'est avéré utile de procéder à une étude de cas afin de compléter l'inventaire en vue notamment d'identifier les outils informels et d'approcher l'aspect demande.

Au cours de la subvention 2004-2005<sup>12</sup>, offre et demande ont été simultanément envisagées, d'une part au travers d'une approche régionale et, d'autre part, au travers d'une approche locale. Dans le cadre de la première approche, une estimation de l'offre et de la demande a été réalisée sous un aspect général mais aussi, plus spécifiquement, par rapport aux personnes âgées. Des indicateurs synthétiques de besoins sociaux et sanitaires ont été établis en partant de certains postulats vérifiés (par exemple, il est notoire que certains types de population – isolés, personnes âgées, faibles revenus,... – ont davantage de besoins en termes de santé<sup>13</sup>). A côté de cette vue générale, l'offre et la demande pour les structures destinées aux personnes âgées attirent particulièrement notre attention.

Dans le cadre de la seconde approche, besoins et offre sociale et sanitaire sont envisagés à travers l'étude d'une commune (Huy). A l'instar de l'approche régionale, ces aspects sont considérés de façon générale mais également de manière plus spécifique sur les personnes âgées. La même démarche a été effectuée pour les services pour personnes handicapées.

Cette enquête de terrain permet d'obtenir des informations qualitatives, ce qui est très intéressant dans la mesure où la première partie (approche régionale) est axée sur des

---

<sup>9</sup> Incluant tant les structures établies dans le cadre de la politique du troisième âge (maisons de repos, résidences-services,...) que celles instituées dans le cadre de la politique de dispensation des soins (hôpitaux, hôpitaux psychiatriques, services d'aide et de soins à domicile,...) ou encore tout ce qui concerne l'accueil et l'hébergement des personnes en difficultés sociales.

<sup>10</sup> MRW, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003 et MRW, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, rapport intermédiaire de la subvention 2003-2004, mars 2004.

<sup>11</sup> La liste des rapports élaborés jusqu'à présent ainsi qu'un aperçu de leur contenu figure à l'annexe I.

<sup>12</sup> MRW, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, rapport intermédiaire de la subvention 2004-2005, mars 2005.

<sup>13</sup> Voir notamment MRW, DIIS, Premier rapport sur la cohésion sociale en Région wallonne, 2001.

données globales et quantitatives permettant d'identifier certaines zones sensibles en Région wallonne sans toutefois apporter les raisons de certains comportements.

Le présent rapport comprend une synthèse des conclusions et résultats des recherches menées. En effet, si les différentes étapes peuvent sembler cloisonnées, cette partie permet de mettre en évidence les connexions/articulations entre elles. Par ailleurs, les recherches initiées mais qui n'ont jamais fait l'objet d'un rapport sont présentées. Il s'agit notamment d'indicateurs de synthèse d'offre et de demande. Ensuite, des aspects plus particuliers identifiés grâce à l'étude de terrain sont étudiés comme les lieux de vie pour personnes âgées et pour personnes handicapées âgées. Enfin, de nombreuses pistes pourraient encore être investiguées tant le sujet est riche : celles-ci figurent en fin de rapport.

Les questions méthodologiques ne sont pas abordées ici dans la mesure où elles apparaissent dans les précédents rapports.

## Chapitre I : OFFRE SOCIALE ET SANITAIRE EN RÉGION WALLONNE : SYNTHÈSE

Les politiques d'aide aux personnes et de santé comprennent de multiples aspects, difficiles à appréhender de manière exhaustive. Le domaine d'investigation a donc du, au préalable, être délimité et des choix ont du être opérés. Pour l'identification de l'offre, il a été décidé de réaliser un inventaire des services sociaux et sanitaires sélectionnés sur la base de certains critères (compétence de la Région wallonne, équipements localisables géographiquement, etc.). Ensuite, nous avons identifié les doubles emplois et synergies.

### 1. APERÇU GÉNÉRAL DE L'OFFRE DE SERVICES SOCIAUX ET SANITAIRES EN RÉGION WALLONNE

#### 1.1 POUVOIR COMPÉTENT ET INVENTAIRE

L'analyse de la répartition des compétences dans le domaine de la santé et de l'aide aux personnes a permis d'identifier les pouvoirs qui interviennent dans ces domaines. Cette partie a été réalisée sur la base des textes juridiques portant répartition des compétences c'est-à-dire la Constitution, la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles<sup>14</sup> et le décret II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française<sup>15</sup>. Elle a permis de mettre en évidence la multiplicité des intervenants dans ces domaines et par conséquent de révéler la complexité de la matière. En effet, plusieurs niveaux de pouvoir interviennent : la Région wallonne, le pouvoir fédéral ou encore la Communauté française. Ils peuvent agir dans un champ d'action qui leur est propre mais également de façon simultanée. Ce point figure dans le rapport final de septembre 2003<sup>16</sup>.

Afin d'identifier l'offre, un inventaire relevant les services sociaux et sanitaires existants en Région wallonne a été effectué. Il s'agit d'un recensement des outils que les autorités publiques ou que les privés peuvent développer en vue de répondre à certains besoins de la population (l'inventaire ne consiste donc pas en un relevé systématique de l'existant). Le travail d'inventaire, lors de sa phase préparatoire, a révélé l'existence d'un nombre important d'outils, pouvant recouvrir des formes différentes (aides individuelles, aides matérielles, instauration d'institutions sociales ou sanitaires,...). En outre, le problème de l'identification s'est posé dans la mesure où certaines initiatives (notamment non réglementaires) sont très difficiles à circonscrire. Elles peuvent parfois s'avérer temporaires (créées pour répondre à un besoin et lorsque ce dernier ne se fait plus sentir, elles changent d'objet ou disparaissent). Une sélection a donc été effectuée : 63 outils ont été analysés via les textes légaux<sup>17</sup>. Pour chacun d'eux, les éléments suivants ont été identifiés :

- le cadre juridique ;
- le cadre institutionnel (permettant d'identifier les interactions entre les niveaux de pouvoirs) ;

---

<sup>14</sup> M. B. du 15 août 1980.

<sup>15</sup> M. B. du 10 septembre 1993.

<sup>16</sup> MRW, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003, voir annexe I.

<sup>17</sup> La liste des outils qui sont repris dans l'inventaire figure à l'annexe II.



- les missions ;
- les bénéficiaires ;
- le champ d'application territorial (identifiant les éléments ayant un impact sur l'offre de services comme la programmation par exemple) ;
- les modes de financement.

Ces outils ont été classés par affinités. En effet, six politiques ont été déterminées sur la base de la loi spéciale du 8 août 1980 ainsi que sur la façon dont la Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé gère ces matières. Plus précisément il s'agit :

- de la politique de santé (structures de soins généraux ou spécialisés, structures ambulatoires, traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel, accompagnement à domicile) ;
- de la politique de la famille (accueil, hébergement et accompagnement des personnes en difficultés sociales) ;
- de la politique des personnes handicapées (structures d'insertion socioprofessionnelle, d'accueil et d'hébergement) ;
- de la politique d'accueil et d'intégration des étrangers (centres régionaux d'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère) ;
- de la politique d'action sociale (CPAS, aide aux justiciables, lutte contre la pauvreté) ;
- de la politique du troisième âge (maisons de repos, résidences-services notamment).

Plusieurs constats ont pu être effectués suite à la réalisation de l'inventaire :

- il existe un nombre important d'outils dans ce domaine ;
- il est difficile d'identifier les institutions informelles (non organisées par des textes légaux) ;
- les frontières entre les différents services sont perméables.

Cette partie de l'étude renforce le constat de la complexité de la matière si on l'envisage de façon globale. L'inventaire complet figure dans le rapport final de septembre 2003<sup>18</sup>.

## 1.2 ANALYSE COMPARATIVE

Les outils relevés dans l'inventaire s'adressent à différents types de personnes et peuvent avoir des objectifs plus ou moins variés. Cette situation implique un risque de doubles emplois pouvant s'accompagner de concurrences stériles. Une analyse comparative (toujours sur la base des textes législatifs) des outils entre eux, sous trois de leurs aspects (bénéficiaires, champ d'application territoriale et missions) a été effectuée. Dans un premier temps, les institutions relevant d'une même politique ont été comparées entre elles<sup>19</sup>. Dans un second temps, la comparaison a été effectuée entre les outils relevant de politiques différentes<sup>20</sup>. La démarche a permis d'identifier les doubles emplois éventuels mais également les possibilités de coordination des décisions et de mise en réseau entre les différents services étudiés. Cette comparaison a été menée dans une démarche globale, conformément au souhait formulé par le programme de travail.

---

<sup>18</sup> MRW, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003, voir annexe I.

<sup>19</sup> Idem.

<sup>20</sup> MRW, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, rapport intermédiaire de la subvention 2003-2004, mars 2004, voir annexe I.

- Doubles emplois

En premier lieu, la comparaison des bénéficiaires des outils relevant d'une même politique, a mis en évidence que certaines thématiques étaient bien structurées. C'est le cas de la politique des personnes handicapées où la plupart des institutions peuvent être distinguées selon qu'elles sont destinées aux personnes handicapées jeunes ou aux personnes handicapées adultes. Par contre, d'autres politiques le sont moins comme la politique de la santé ou de l'action sociale dans la mesure où le public visé est plus large (toute personne qui en fait la demande, personnes vivant dans une situation contraire à la dignité humaine,...). D'une manière générale, on constate que certains outils peuvent s'adresser à tout le monde (ex. hôpitaux, centres de planning familial, CPAS, etc.) tandis que d'autres concernent un public plus restreint (ex. établissements pour personnes âgées). Sur la base de ce critère, on peut rapprocher certains services s'adressant aux mêmes bénéficiaires, comme par exemple les maisons d'hébergement pour personnes âgées et les soins à domicile.

En second lieu, du point de vue de leur champ territorial, les outils apparaissent comme fort diversifiés. Plus précisément, les critères suivants ont été rencontrés :

- programmation par lits/habitants (c'est le cas pour les hôpitaux, les hôpitaux psychiatriques, les maisons de soins psychiatriques,...) ;
- programmation par lits/habitants âgés de plus de 60 ans et par arrondissement (maisons de repos, centres d'accueil de jour pour personnes âgées,...) ;
- programmation subrégionale (pour certaines institutions relatives aux personnes handicapées) ;
- rayon d'action (associations de santé intégrée) ;
- zone comprenant un nombre minimum d'habitants (services de santé mentale, centres de planning et de consultation familiale et conjugale) ;
- création de services au sein de structures existantes ;
- limite administrative (communes -CPAS-, arrondissements administratifs -relais sociaux-, arrondissements judiciaires -services d'aide aux victimes, services d'aide sociale aux justiciables, services d'aide sociale aux détenus-,...) ;
- ...

Dans certains cas, rien n'est prévu dans les textes en ce qui concerne l'offre (entreprises de travail adapté, services de médiation de dettes,...) ; dans d'autres, le territoire de référence est extrêmement large (centre de télé-accueil, plates-formes de soins palliatifs, service écoute-enfants, centre d'appui). On peut cependant constater que les outils relevant d'une même politique ont généralement le même type de critères établissant le territoire de référence.

Enfin, la comparaison des missions a permis de mettre en exergue les types de missions les plus fréquemment accomplies par les institutions sociales et sanitaires. Il s'agit notamment :

- de prestations de soins de santé ainsi que de guidance et accompagnement social (la frontière entre santé et social peut s'avérer difficile à établir) ;
- d'hébergement, d'accueil de jour et de prestations à domicile (alternative à l'hébergement) ;
- de prestations ambulatoires ou hospitalières ;
- de coordination des actions (cette mission peut être exercée simultanément avec d'autres missions). Seuls quelques outils ont des missions de coordination des actions. En général il s'agit d'institutions qui ont une législation récente.

Le rôle central des CPAS d'un point de vue « action sociale » (outil incontournable aux possibilités multiples) a été mis en évidence ; leur corollaire au niveau de la santé sont les hôpitaux.

La comparaison des missions a permis de démontrer que certains outils ont plus d'affinités entre eux (comme c'était le cas avec les deux autres critères). La définition des missions peut s'avérer précise et, dans d'autres cas, assez large.

Suite aux analyses effectuées, on peut conclure que le paysage des services sociaux et sanitaires est complexe mais semble bien structuré malgré un certain manque de lisibilité (il peut s'avérer rebutant ou incompréhensible vis-à-vis du citoyen qui ne comprend pas nécessairement la portée exacte de tous ces outils ni les articulations entre eux ou peut-être ne les connaît même pas). En effet, même s'il peut y avoir des chevauchements entre certaines missions ou bénéficiaires, chacun des outils revêt une caractéristique propre, ce qui implique que, théoriquement, il n'y a pas de double emploi au sens strict du terme (mais des superpositions partielles dans certains cas).

Ce constat suppose que des collaborations sont nécessaires en vue d'optimiser l'action de ces outils ou d'éviter les redondances. La suite de la recherche a donc été consacrée à l'identification de synergies pertinentes.

#### • Synergies

Le schéma représenté ci-dessous illustre les synergies les plus évidentes, dans une approche globale, qui ont pu être dégagées suite à l'analyse comparative des outils.

Il faut préciser que toutes les institutions peuvent collaborer entre elles (en fonction des cas à traiter ou des situations qui se présentent). Dans certains cas, cette faculté de coopération est mentionnée dans les textes sans préciser les outils concernés. Dans d'autres cas, elle peut être mentionnée de façon plus précise (les associations de santé intégrée peuvent collaborer avec les centres régionaux d'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère). Enfin, il se peut que rien ne soit indiqué à ce sujet, les institutions socio-sanitaires pouvant collaborer même si ce n'est pas mentionné dans les textes. Des similitudes ou des différences peuvent par conséquent apparaître de façon plus ou moins marquée en fonction des régions.

Le schéma identifiant les synergies se présente sous la forme de cercles entrelacés dans lesquels figurent les institutions relevées dans l'inventaire. Les cercles (représentés par un trait uni) correspondent aux politiques identifiées dans le cadre de la réalisation de l'inventaire. Deux grandes politiques ont d'abord été considérées : la politique de santé et la politique d'action sociale. Cette classification a ensuite été affinée ; les institutions étudiées ont été réparties entre six politiques (pouvant toutefois s'interpénétrer)<sup>21</sup>. Il n'a été tenu compte que des politiques institutionnalisées, c'est-à-dire celles qui figurent dans les textes relatifs à la répartition des compétences<sup>22</sup>. Plus précisément, il s'agit de :

- la politique de santé ;
- la politique d'action sociale ;
- la politique de la famille ;
- politique des personnes handicapées ;
- la politique du troisième âge.

---

<sup>21</sup> MRW, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003, voir annexe I.

<sup>22</sup> Articles 128 et 138 de la Constitution et article 5, §1<sup>er</sup>, I et II, de la Loi spéciale du 8 août 1980.

La politique d'accueil et d'intégration des étrangers qui figure dans l'inventaire a été intégrée dans la politique d'action sociale.

La taille des cercles est fonction de l'importance des politiques. Les deux plus importants représentent la politique de santé et la politique d'action sociale. Des cercles plus petits venant se greffer en partie sur ceux-ci sont donc réalisés. Tous les outils figurant dans l'inventaire sont répartis dans ces cercles ; lorsque l'un d'eux peut relever d'autres politiques, il est intégré dans l'intersection des cercles concernés.

Des cercles en pointillés sont indiqués mais ne correspondent pas à une politique en particulier. D'une part, dans le cadre de la politique de la santé, on peut distinguer les outils de dispensation de soins généraux des outils spécialisés dans la santé mentale. Un sous-ensemble comprenant les outils ayant des missions particulières de santé mentale est créé. D'autre part, pour des raisons pratiques, un cercle pointillé est réalisé pour intégrer les centres de planning et de consultation familiale et conjugale puisqu'ils relèvent de trois politiques (social, santé et famille).

Afin que le schéma soit le plus complet possible, les outils qui y figurent ont été distingués. D'abord, les institutions sont différenciées selon le(s) pouvoir(s) compétent(s). Les outils qui sont indiqués en italique sont ceux qui relèvent de la Communauté française ; ceux qui sont indiqués en normal sont ceux qui relèvent exclusivement de la Région wallonne ; ceux qui sont en normal souligné sont ceux pour lesquels le fédéral et la Région wallonne sont simultanément compétents ; ceux qui sont indiqués en gris sont ceux pour lesquels seul le fédéral est compétent.

Ensuite, dans chacune des deux politiques principales (politique de santé et politique d'action sociale), on a pu identifier un outil central, étant amené à collaborer avec toutes les autres institutions, quelle que soit la politique à laquelle elles appartiennent. Il s'agit dans le cadre de la politique de santé des hôpitaux (généraux et universitaires) et, dans le cadre de la politique d'action sociale, des CPAS dont les bénéficiaires et missions sont larges.

**Légende**

Normal : Région wallonne

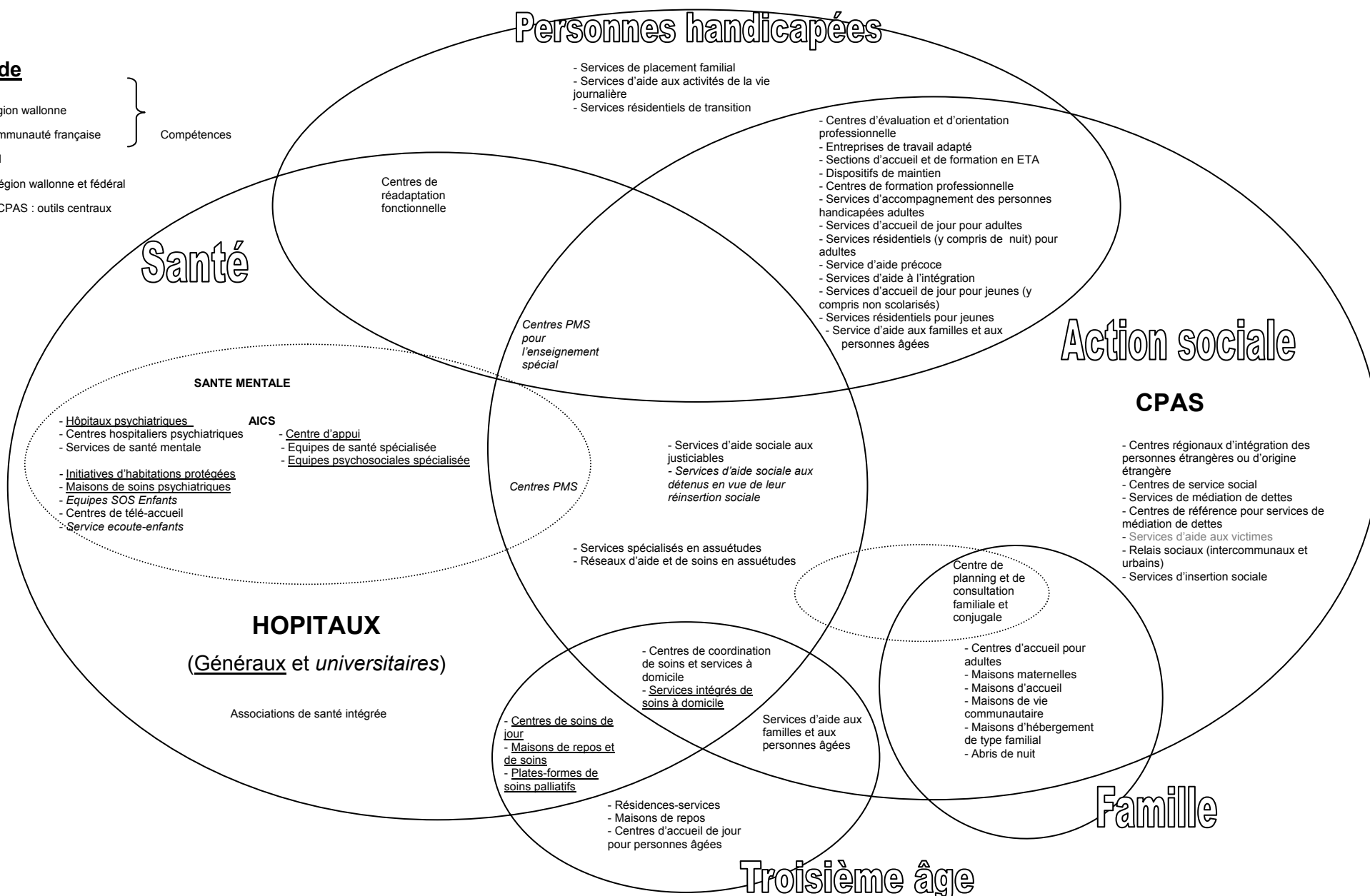
Italique : Communauté française

Gris : fédéral

Souligné : Région wallonne et fédéral

Hôpitaux et CPAS : outils centraux

Compétences



Suite aux analyses qui ont été réalisées, des synergies apparaissent :

- entre les institutions de soins de santé de première ligne (hôpitaux, associations de santé intégrée) ;
- entre les institutions ayant des missions de santé mentale (hôpitaux comprenant un service psychiatrique, hôpitaux psychiatriques, services de santé mentale, centres de planning et de consultation familiale et conjugale, initiatives d'habitations protégées, maisons de soins psychiatriques) ;
- entre les institutions pouvant s'adresser aux auteurs d'infractions à caractère sexuel (centre d'appui, équipes de santé spécialisées, équipes psychosociales spécialisées, centre hospitalier psychiatrique -établissement de défense sociale-, services de santé mentale, services d'aide aux détenus et services d'aide sociale aux justiciables) ;
- entre les institutions de soins susceptibles de prendre en charge les personnes âgées (maisons de repos et de soins, centres de soins de jour et hôpitaux) ;
- entre les institutions spécialisées dans l'accompagnement de fin de vie (maisons de repos et de soins, hôpitaux avec un service palliatif et plates-formes de soins palliatifs) ;
- entre les institutions relatives au maintien à domicile et à l'hébergement des personnes âgées (accueil et hébergement – maison de repos, centre d'accueil de jour, etc. –, services d'aide aux familles et aux personnes âgées, centres de coordination de soins et services à domicile, services intégrés de soins à domicile) ;
- entre les institutions spécialisées dans l'aide aux détenus (services d'aide sociale aux justiciables et services d'aide aux détenus -pénitentiaire et post pénitentiaire-) ;
- entre les institutions spécialisées dans l'aide aux victimes (services d'aide sociale aux justiciables et services d'aide aux victimes) ;
- entre les services pour personnes handicapées leur octroyant une aide dans la vie quotidienne (services d'aide aux activités de la vie journalière et services d'accompagnement des personnes handicapées adultes) ;
- entre les institutions visant à l'intégration socio-professionnelle des handicapés (centres d'orientation et d'évaluation professionnelle, centres de formation professionnelle, entreprises de travail adapté et centres PMS pour l'enseignement spécial) ;
- entre les institutions compétentes en matière de toxicomanie (hôpitaux, hôpitaux psychiatriques, services de santé mentale, services spécialisés en assuétudes, réseaux d'aide et de soins en assuétudes, centres de planning et de consultation familiale et conjugale, associations de santé intégrée) ;
- ...

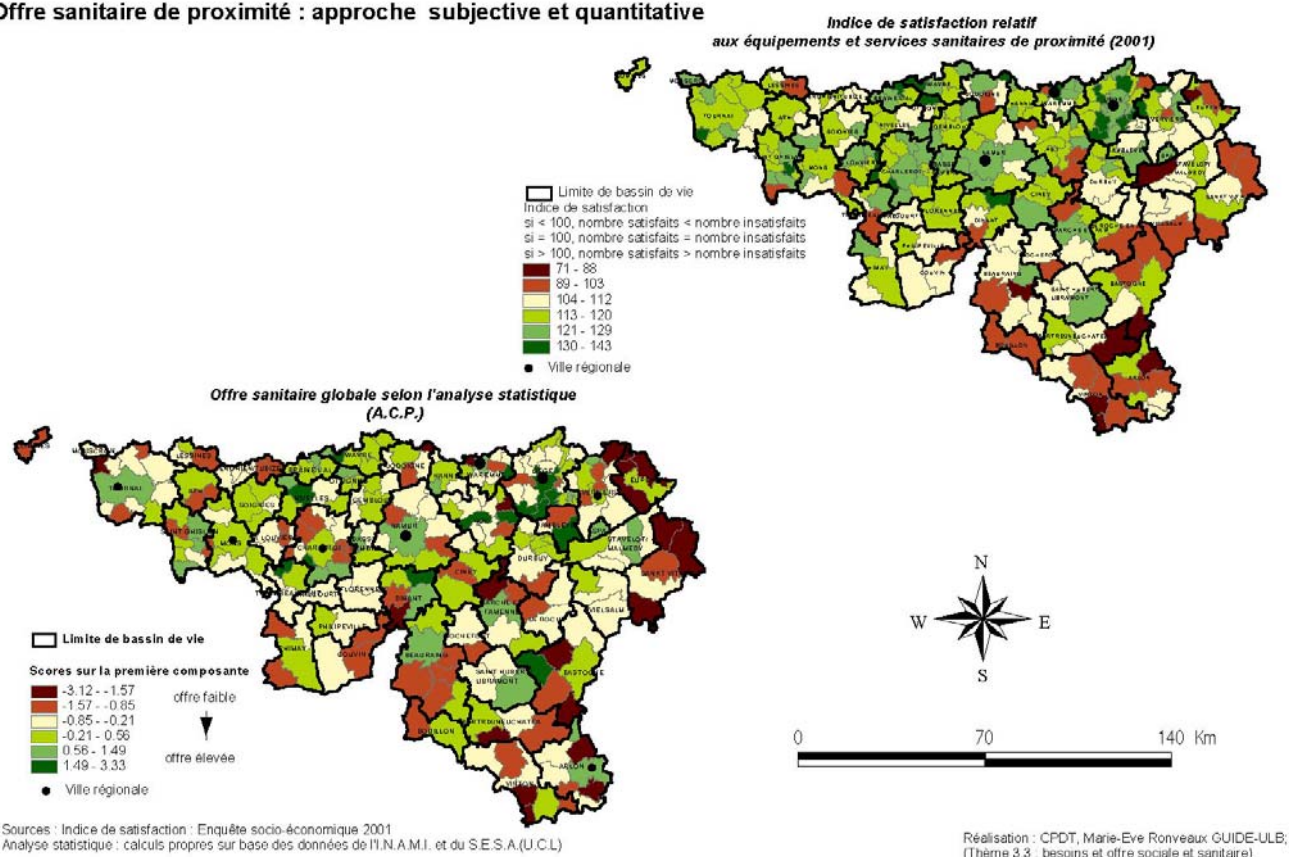
Comme stipulé ci-dessus, les synergies identifiées sont théoriques et non limitées. L'étude de cas a permis de les mettre en évidence de façon pratique. On a pu constater que d'une manière générale, la pratique du réseau était courante. Elle est liée aux acteurs en place et est rarement coulée dans des conventions. Les combinaisons théoriques se sont vérifiées mais les collaborations peuvent être plus larges dans la mesure où elles s'effectuent en fonction des situations.

En vue d'une action optimale et afin de répondre correctement à la demande, il convient de répartir les institutions sociales et sanitaires en tenant compte notamment des affinités qu'elles pourraient avoir entre elles.

### 1.3 SYNTHÈSE DE L'OFFRE SANITAIRE D'UN POINT DE VUE TERRITORIAL

La répartition spatiale de l'offre sanitaire a fait l'objet, dans les précédents rapports, d'une approche sectorielle des services sanitaires : taux de couverture des généralistes, spécialistes, personnel paramédical et capacité hospitalière ont été ainsi cartographiés et analysés séparément. L'analyse de l'offre sanitaire telle que proposée ci-après se veut plus synthétique. En effet, la distribution spatiale des services et infrastructures les plus sollicités est appréhendée ici globalement, sous deux angles d'approche : le point de vue des ménages, exprimant un avis quant aux « facilités des services sanitaires de proximité »<sup>23</sup> et le traitement statistique des données effectué selon une analyse en composantes principales<sup>24</sup>. Les deux éclairages sont complémentaires, ce qui permet de nuancer l'analyse.

#### Offre sanitaire de proximité : approche subjective et quantitative



<sup>23</sup> L'indice a été calculé sur base de l'Enquête socio-économique réalisée par l'INS en 2001. La question formulée était la suivante : « Comment jugez-vous les facilités offertes des services de santé dans votre quartier ? » (une réponse par ménage). Les réponses ont été exprimées sous forme d'un indice de satisfaction par commune.

<sup>24</sup> L'analyse en composantes principales (A.C.P.) permet d'évaluer et de représenter la redondance entre plusieurs mesures ou variables. Les variables reprises dans l'A.C.P. sont les taux de couverture des généralistes, spécialistes, dentistes, pharmaciens, opticiens, infirmières, kinésithérapeutes, bandagistes et acuponcteurs par habitants. Voir l'annexe III pour le détail du calcul.

<sup>25</sup> Les données concernant l'indice de satisfaction ont été fournies par commune. Pour pouvoir comparer les deux cartes, ce découpage a été maintenu dans l'A.C.P. (bien qu'il eu été possible de la faire par bassin de vie). Néanmoins, la superposition graphique des bassins de vie permet de localiser, par bassin, la commune qui concentre la majorité des équipements et services. De plus, la comparaison avec l'indice de satisfaction permet de vérifier si le rayonnement de cette commune polarisatrice est perçu comme satisfaisant par les populations de l'ensemble du bassin.

Gardant cela à l'esprit, il est aisé de comprendre que certaines communes périurbaines dont des résultats statistiques révèlent une offre sanitaire plutôt restreinte (Châtelet par exemple), ont malgré tout un indice de satisfaction fort positif : la proximité d'un pôle bien équipé compense leur faible équipement. Ce constat conforte l'idée que le bassin de vie semble une maille territoriale plus adéquate à la problématique. On observe d'ailleurs que la majorité des centres régionaux, de même que la plupart des pôles du SDER, ont des résultats favorables selon les deux approches<sup>26</sup>.

Il existe cependant des pôles moins bien équipés : en Communauté germanophone par exemple, la commune de Saint-Vith présente un faible score sur la première composante de l'ACP, et l'indice de satisfaction est globalement défavorable au sein du bassin de vie. Ailleurs, les poches d'insatisfaction concernent souvent des zones rurales et vieillissantes et/ou mal polarisées : celles-ci se retrouvent majoritairement dans la province du Luxembourg<sup>27</sup>. Les communes situées au sud de Beauraing, à proximité de Vielsam et en Lorraine expriment une insatisfaction plus prononcée. Au vu des indicateurs étudiés précédemment<sup>28</sup>, l'offre médicale dans ces régions est plutôt bonne pour les généralistes, plutôt faible pour les spécialistes et inférieure ou égale à la moyenne pour le personnel paramédical. Il est possible que, pour partie, l'insatisfaction exprimée dans ces régions s'explique par leur proportion importante de seniors. Bénéficiant d'une offre moins dense qu'en milieu urbain, consommant davantage de soins et éventuellement moins mobiles, les personnes âgées peuvent (dans ces conditions) éprouver de réelles difficultés pour accéder aux soins.

L'insatisfaction est cependant également élevée dans les bassins de Bastogne et d'Arlon, qui sont constitués de populations plutôt jeunes et - pour Arlon - aisées. L'offre y étant (en théorie) assez bonne d'un point de vue quantitatif, peut-être faut-il attribuer ces réponses à des aspects qualitatifs (par exemple, certains types de soins très spécifiques nécessitant des déplacements vers des centres plus importants comme Namur ou Liège)?

Au vu de ces résultats, il semble que les zones rurales et vieillissantes et/ou mal polarisées soient « en première ligne » des efforts à fournir pour améliorer l'accessibilité aux soins. Bien entendu, il ne s'agit pas d'implanter à tour de bras de nouvelles infrastructures sur l'intégralité du territoire. On peut cependant songer à une amélioration éventuelle des taux de couverture du personnel soignant dans les zones moins équipées, ou des formules plus légères telles que les bus O.N.E.<sup>29</sup> par exemple. Comme on le verra ci-après, il pourrait également être utile d'étudier et d'améliorer la mobilité des personnes moins autonomes et/ou plus âgées par divers services.

## 2. APERÇU DE L'OFFRE DE SERVICES SOCIAUX ET SANITAIRES POUR PERSONNES ÂGÉES EN RÉGION WALLONNE

---

<sup>26</sup> Notons que ce constat conforte un des objectifs exprimés dans le SDER, à savoir le renforcement des pôles.

<sup>27</sup> 19% des ménages s'y déclarent insatisfaits.

<sup>28</sup> MRW, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, rapport intermédiaire de la subvention 2004-2005, mars 2005.

<sup>29</sup> Avec l'aide financière des communes, l'ONE (Office National de l'Enfance) a fait l'acquisition d'un car sanitaire pour organiser les consultations de nourrissons dans les communes rurales du Brabant wallon.

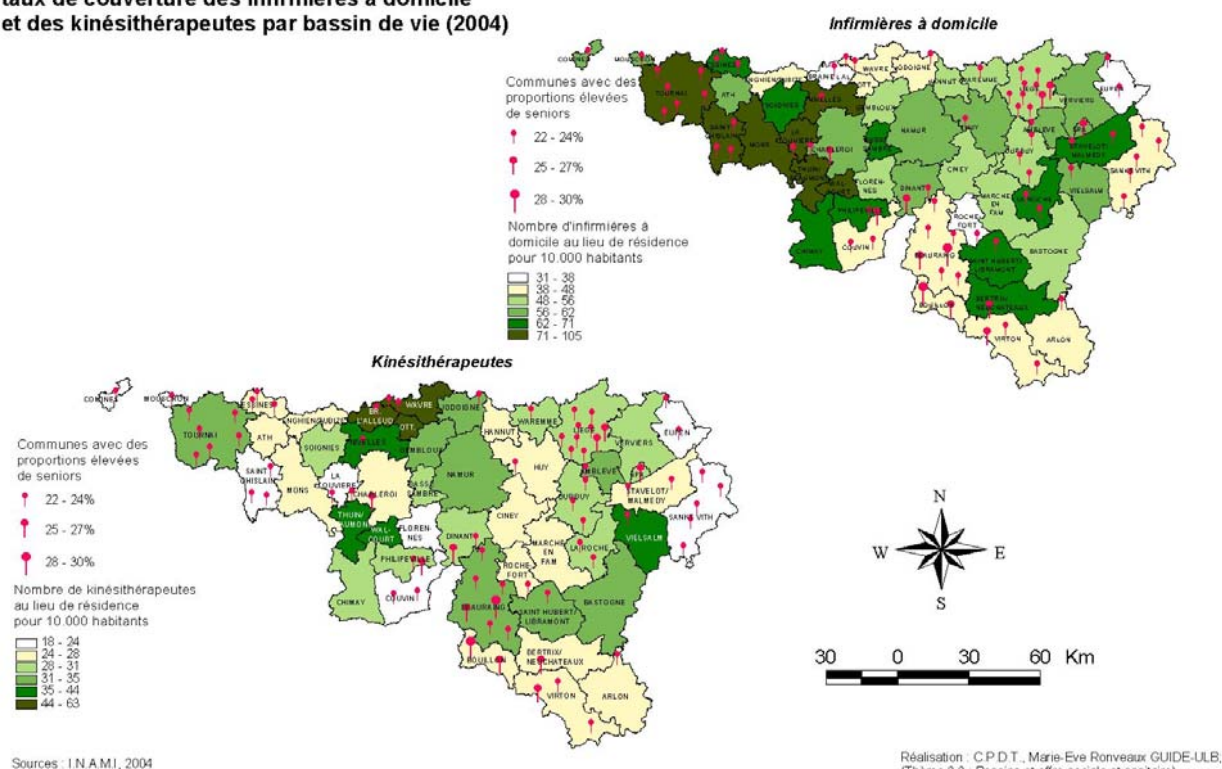


Les personnes âgées ont des besoins particuliers qui nécessitent des réponses adaptées à leurs capacités. Dans ce chapitre, nous abordons deux services auxquels les seniors font particulièrement appel (les infirmières à domicile et les kinésithérapeutes), ainsi que diverses infrastructures qui leur sont destinées spécifiquement.

## 2.1 INFIRMIÈRES À DOMICILE ET KINÉSITHÉRAPEUTES

La fréquence du recours à certains services, notamment les soins dispensés à domicile, augmente avec l'âge des patients. Croiser l'offre de ces services avec une estimation de la demande peut donc donner une information sur la satisfaction des besoins ciblés. Pour ce faire, nous avons superposé aux taux de couverture des kinésithérapeutes et des infirmières les communes ayant de fortes proportions de seniors. Les cartes sont expressives : concernant les infirmières, les bassins situés autour de la botte de Givet ont des taux de couverture très faibles alors qu'il s'agit de communes à forte proportion de seniors. Même constat pour le bassin de Saint-Vith, Braine-l'Alleud et Ottignies : il s'agit là, sans doute, d'un indice révélant une forte probabilité de besoins insuffisamment couverts (surtout pour les régions rurales). Par contre, notons la bonne situation dans le Hainaut, qui présente les meilleurs taux de couverture de la Région.

**Offre sanitaire :**  
taux de couverture des infirmières à domicile  
et des kinésithérapeutes par bassin de vie (2004)



Concernant les kinésithérapeutes, la distribution spatiale est sensiblement différente de celle des infirmières (liée sans doute au standing des populations) et c'est ici le Brabant qui a les meilleurs taux de couverture. De ce fait, le Hainaut, moins bien couvert, présente sans doute des carences dans certains bassins : Saint-Ghislain, La Louvière, Comines, Mouscron. Ailleurs, ce sont la vallée de la Semois, la Calestienne et les cantons germanophones dont les besoins semblent moins satisfaits.

Outre un ajustement éventuel de l'offre, une prise en compte des pratiques des personnes très âgées est également importante. Une enquête récente a par exemple montré que les seniors préfèrent la visite d'un généraliste à leur domicile plutôt qu'un déplacement vers son cabinet<sup>30</sup>. Or, les visites à domicile des généralistes ont tendance à diminuer pour diverses raisons (problème de temps, de parking, etc.)<sup>31</sup>. Tous ces éléments, et en particulier ceux liés au vieillissement de la population, sont à prendre en considération. Des services tels que les taxi-seniors<sup>32</sup>, par exemple, pourraient peut-être se développer davantage.

Enfin, si cette approche « macro » met en évidence les zones potentiellement carencées du territoire, il est clair que cette analyse doit être croisée avec des informations « micro », issues d'enquêtes de terrain, pour affiner la pertinence de leur diagnostic.

## 2.2 ÉTABLISSEMENTS SPÉCIFIQUES AUX PERSONNES ÂGÉES

Par établissements spécifiques aux personnes âgées, on entend : les maisons de repos (MRPA), les maisons de repos et de soins (MRS), les centres d'accueil de jour pour personnes âgées (CAJ), les centres de soins de jour (CSJ), les résidences-services (RS) et les services d'aide aux familles et aux personnes âgées (SAFPA).

La distribution spatiale de ces établissements montre globalement une concentration de l'offre le long du sillon industriel, en particulier dans sa partie hennuyère. Les lits en maisons de repos constituent l'essentiel de l'offre spécifique aux personnes âgées. Concernant ces lits MRPA, une large zone sous-équipée apparaît dans une partie du Condroz et de la Famenne. Les bassins ruraux de Philippeville, Libramont, Jodoigne et Waremme sont également très faiblement couverts. En terme de diversification de l'offre, ce sont les bassins hennuyers du Centre et de Charleroi, ainsi que les bassins de Liège, Verviers et Spa qui proposent la plus grande variété de formules d'accueil. Notons le taux de couverture important du bassin de Bouillon.

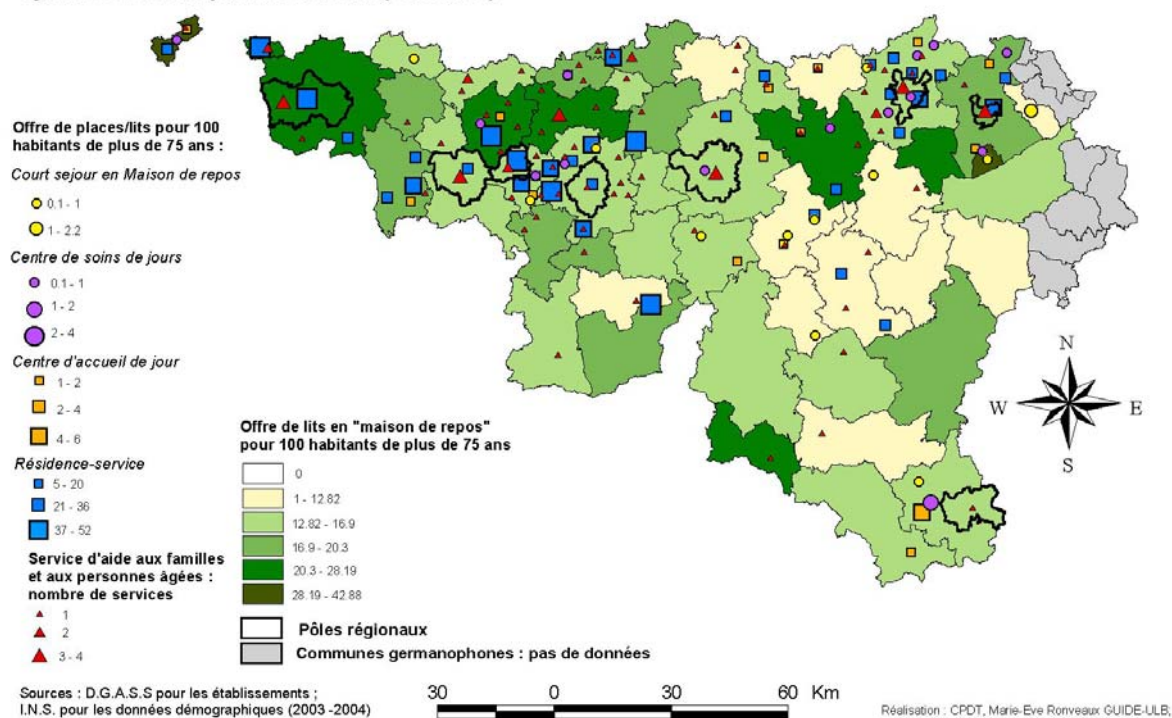
---

<sup>30</sup> Cfr : Le journal du médecin, n° 1666, page 12.

<sup>31</sup> Ibidem.

<sup>32</sup> **Taxi-seniors** : service assurant le transport gratuit de personnes âgées ou isolées, confrontées à des problèmes de mobilité, vers les hôpitaux, centres et prestataires de soins, pharmacies, services administratifs et sociaux.

**Etablissements spécifiques aux seniors et services d'aide aux familles et personnes âgées :**  
**Synthèse de l'offre par bassin de vie (2003-2004)**



## Chapitre II : DEMANDE SOCIALE ET SANITAIRE EN RÉGION WALLONNE : SYNTHÈSE

A l'instar du chapitre précédent, la demande sanitaire a été étudiée en deux temps : d'abord globalement, afin d'estimer la demande de *l'ensemble* de la population wallonne, et ensuite, plus spécifiquement, celle des personnes âgées.

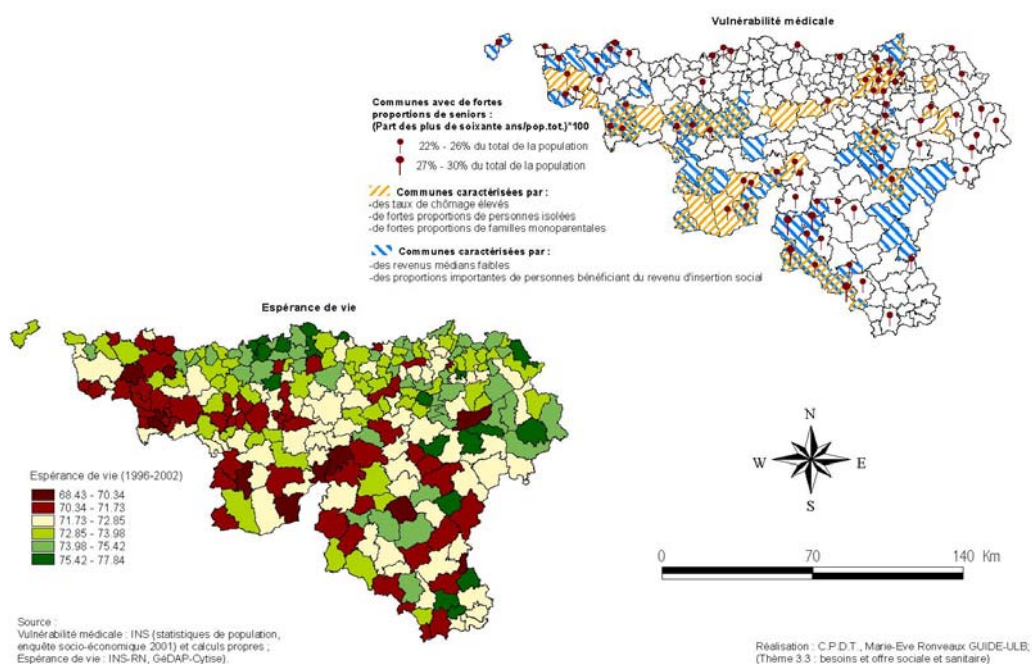
### 1. SYNTHÈSE DE LA DEMANDE SANITAIRE GLOBALE D'UN POINT DE VUE TERRITORIAL

La demande sanitaire globale a été étudiée ici par trois approches différentes, tantôt complémentaires, tantôt corrélées entre elles : une approche par la précarité sociale (analyse statistique de critères de « vulnérabilité médicale <sup>33</sup> »), une approche par le vieillissement (part des plus de soixante ans) et une approche par la mortalité (variabilité de l'espérance de vie).

#### 1.1 « VULNÉRABILITÉ MÉDICALE »

Plutôt que de parler de santé défectueuse, certains utilisent le terme plus général de « vulnérabilité médicale », laquelle est liée à la précarité sociale de manière significative. Afin de pouvoir l'estimer, nous avons pris en considération différents critères socio-économiques des populations et étudié leur redondance : en effet, dans les régions aux profils socio-économiques moins favorables, non seulement la demande en soins est susceptible d'être plus élevée qu'ailleurs (moins grande attention portée à la santé, comportements à risques, etc. ), mais la vigilance et le potentiel de réaction des populations y sont généralement plus faibles.

Synthèse de la demande sanitaire estimée : vulnérabilité médicale et espérance de vie par commune



<sup>33</sup> Voir à ce sujet le rapport intermédiaire de mars 2005.

Dans le cas présent, deux types de communes à « haute vulnérabilité » se sont dégagés de l'analyse statistique : les premières caractérisées par un chômage élevé et une structure familiale fragilisée (proportion élevée de familles monoparentales et de personnes isolées), en orange sur la carte, les secondes caractérisées par une certaine pauvreté (en bleu). La carte met en évidence des régions à haute vulnérabilité tout au long de l'ancien sillon industriel, en particulier dans le Hainaut, mais également dans des zones plus rurales telles que la botte du Hainaut, la botte de Givet et dans certaines parties de l'Ardenne et de la Famenne.

## 1.2 VIEILLISSEMENT

A ces critères socio-économiques, nous avons superposé une information sur le profil démographique des populations puisque l'âge est aussi un facteur qui influence la demande, comme signalé précédemment. Il est démontré en effet que la consommation de soins médicaux augmente significativement à partir de 60-65 ans<sup>34</sup>.

L'expression cartographique de ces informations révèle non seulement les régions où la demande est élevée, mais nous informe également sur le type de demande, ce qui permet d'affiner les réponses à apporter dans les régions en difficulté. La demande s'intensifie bien entendu quand les critères de vulnérabilité se superposent (voir carte).

## 1.3 ESPÉRANCE DE VIE

L'espérance de vie est un indicateur *synthétique* de la santé des populations. Son expression met en évidence les zones fragilisées sans que l'on puisse déterminer les raisons de ces fragilités. Il est donc intéressant de la croiser avec les deux indicateurs précédents. Il en résulte que la corrélation entre notre estimation de la « vulnérabilité médicale » et l'espérance de vie est significative à l'échelle de la Région<sup>35</sup>. Ce résultat valide l'approche du niveau de la santé en Wallonie par des critères socio-économiques. Cependant, les écarts à cette corrélation sont également intéressants car ils mettent en évidence deux types de situations : là où la demande sanitaire, bien qu'élevée, semble correctement prise en charge (espérance de vie favorable) et – à l'inverse – là où une espérance de vie défavorable ne peut s'expliquer par nos critères socio-économiques.

Examinons quelques cas. Dans le Hainaut, les communes « à haute vulnérabilité » (en particulier le long du sillon industriel) ont - en termes d'espérance de vie - des résultats parmi les plus défavorables de la Région : la corrélation est donc bien confirmée entre nos profils socio-économiques défavorables et mauvaise santé. Par contre, la partie du sillon en aval de Namur présente une meilleure espérance de vie (à l'exception de Huy), bien que la demande sanitaire y soit également élevée : la prise en charge globale de la santé y semble donc meilleure. A l'inverse, on trouve quelques communes dont l'espérance de vie est faible, tandis que leur profil de vulnérabilité est favorable : c'est le cas à Havelange, Rouvroy, Perwez, etc. Concernant ces communes, il faut donc investiguer dans d'autres directions pour expliquer la situation : accessibilité aux soins ? Offre insuffisante ? Facteurs environnementaux ? Comportements des populations ?

La corrélation entre régions à fortes proportions de seniors et espérance de vie n'est pas, elle, significative. En effet, si les régions vieillissantes (botte de Givet, bassin de Liège, Haute-Ardenne et Hainaut occidental) sont révélatrices d'une demande sanitaire élevée, l'espérance de vie peut y être excellente : c'est le cas de la Communauté germanophone, par exemple.

---

<sup>34</sup> Enquête 2001 de santé par interview, Service d'épidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique.

<sup>35</sup> Corrélation entre espérance de vie et scores de notre analyse statistique :

$R^2 = 0.24$  pour la première composante (chômage élevé et structure familiale fragilisée) ;

$R^2 = 0.18$  pour la deuxième composante (faible revenu).



## 2. APERÇU DE LA DEMANDE DES PERSONNES ÂGÉES EN RÉGION WALLONNE

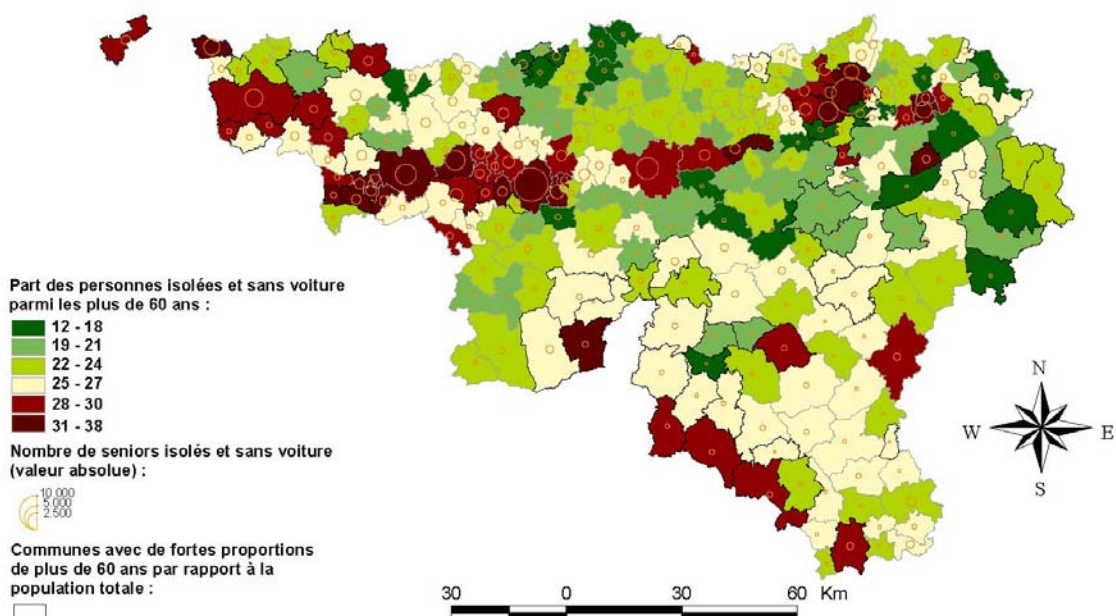
La demande liée aux personnes âgées est partiellement étudiée dans le paragraphe précédent puisque les plus de soixante ans sont cartographiés sur la carte de la demande sanitaire globale. Afin d'affiner cette approche, nous étudions ici d'une part un groupe cible particulièrement fragilisé au sein des personnes âgées, c'est-à-dire les seniors vivant seul et dépourvus de véhicules ; d'autre part, nous analysons les mouvements migratoires des aînés, révélateurs eux aussi d'une forme de « demande » liée aux soins et à l'encadrement sanitaire.

### 2.1 SENIORS ISOLÉS ET SANS VOITURES

Le critère de vulnérabilité souvent évoqué pour les personnes âgées est leur isolement. Isolement ne signifie pas nécessairement solitude, mais nombre de chutes ou d'accidents prennent des tournures dramatiques chez les seniors quand ils vivent seuls. En sus de cet isolement, l'absence d'un véhicule personnel renforce la dépendance de ces personnes vis-à-vis des services publics et/ou de leur entourage pour l'accès aux soins.

Les personnes âgées, isolées et sans véhicule constituent donc une catégorie de personnes particulièrement vulnérables. Leur cartographie permet de visualiser les zones où la présence de services d'aide à la mobilité des personnes âgées est donc indispensable. Dans le cadre de cette étude, nous n'avons pas pu étudier toutes les formules de ce type proposées aux seniors. Cette recherche pourrait cependant se révéler utile pour mettre en évidence les régions éventuellement carencées dans ce domaine.

Vulnérabilité médicale : les seniors isolés et sans voiture (2001)



Sources : I.N.S., Enquête socio-économique 2001

Réalisation : CPDT, Marie-Eve Ronveaux GUIDE-ULB;  
(Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire)

La carte exprime à la fois des proportions (plages de couleur) et des valeurs absolues (taille des cercles), car les deux informations sont intéressantes. Les communes dont les limites sont renforcées en gras sont celles dont les proportions de seniors dépassent 22 % de la population. Il ressort de cette carte que les communes urbanisées du sillon ont des fortes

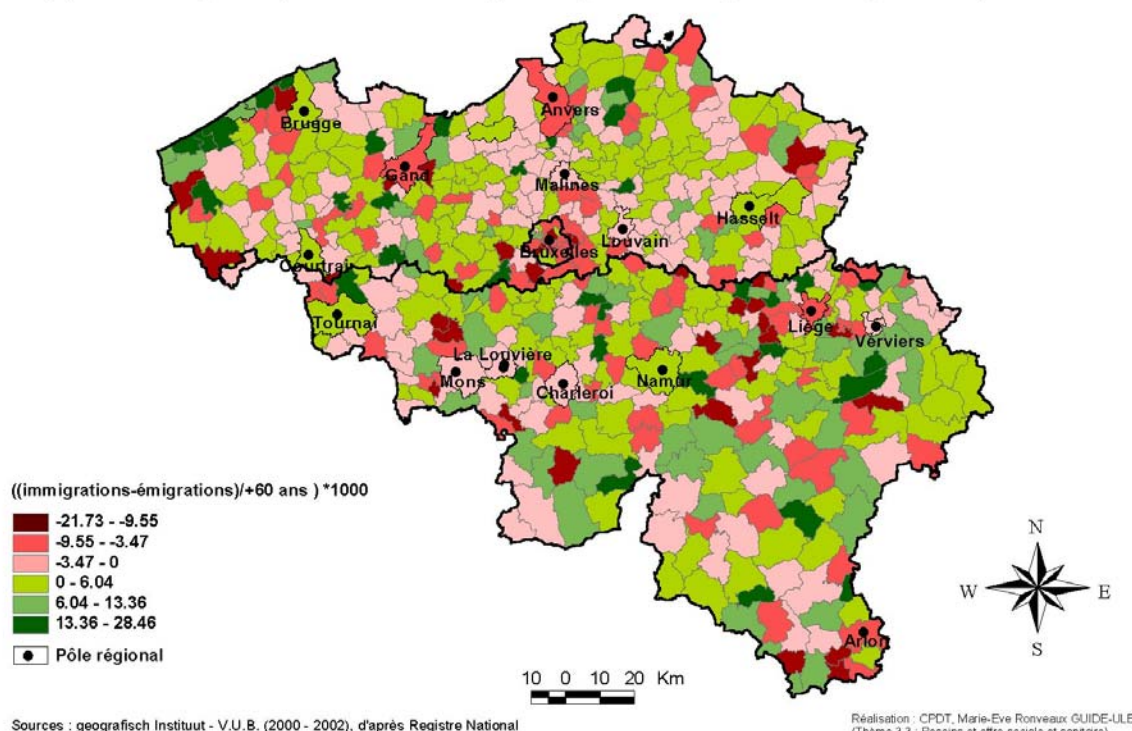
proportions de seniors isolés et sans voiture. Notons les concentrations importantes dans le Borinage, la région du Centre et la banlieue ouest liégeoise. En dehors des gros centres urbains, que l'on suppose bien équipés au niveau des transports en commun, quelques communes plus rurales méritent une attention et un encadrement plus soutenus : Viroinval, Saint-Hubert, Bastogne, etc. La vallée de la Semois (région de Bouillon) en particulier semble une zone à surveiller de près, même si – en valeur absolue – les populations concernées ne sont pas très importantes.

## 2.2 MOUVEMENTS MIGRATOIRES DES SENIORS

La problématique qui est proposée dans le présent chapitre porte sur les mouvements migratoires des seniors et les motivations qui les sous-tendent. Nous y étudions les communes qui ont tendance à « gagner » et à « perdre » leurs personnes âgées, ainsi que l'impact de ces flux sur le développement territorial. Les mouvements migratoires des seniors sont abordés sous trois aspects dans ce point : le solde migratoire des seniors entre 2000 et 2002, les mouvements migratoires par type de commune et la corrélation entre ces mouvements et l'offre en équipements spécifiques.

Concernant les bilans migratoires, nous avons pris l'option de présenter les résultats sur toute la Belgique. Le croisement des migrations avec le « type » de commune (voir plus loin) est en effet plus significatif à cette échelle, car certains « types » sont fort peu représentés en Wallonie, ce qui augmente les aléas et devient moins pertinent pour l'analyse.

Belgique : solde migratoire (intérieur et extérieur) pour les plus de 60 ans par commune (2000 - 2002)



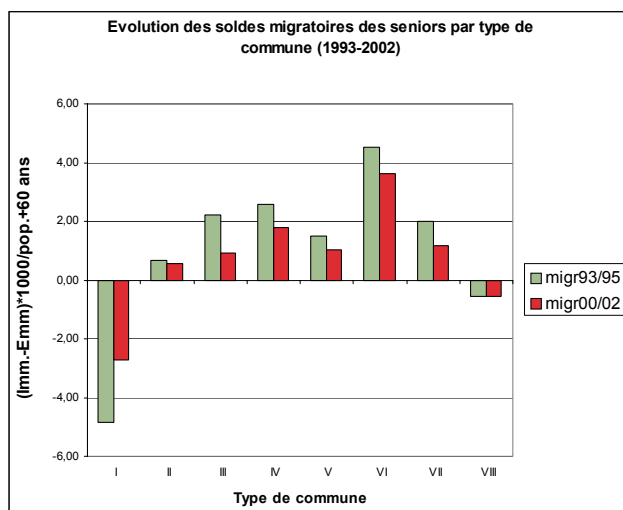
### 2.2.1 Solde migratoire des seniors entre 2000 et 2002

Toutes les communes côtières et une série de communes ardennaises connaissent un solde migratoire nettement positif. Les zones qui perdent surtout des habitants de cette catégorie d'âge sont les gros centres urbains, c'est-à-dire non seulement les grandes villes comme Bruxelles, Anvers, Gand, Charleroi et Liège, mais également des villes plus petites telles que

Malines, Louvain, Mons, La Louvière, Verviers et Arlon. Les villes régionales qui enregistrent des soldes positifs sont Ostende, Brugge, Saint-Nicolas, Hasselt, Genk et Courtrai en Flandre, Tournai et Namur en Wallonie. Le solde des communes périphériques de ces grandes villes est variables selon les régions, et au total légèrement positif (voir graphique ci-après). Malgré leurs soldes négatifs, n'oublions pas que toutes les grandes villes conservent des proportions importantes de personnes âgées, à l'exception d'Arlon. Ce n'est pas nécessairement le cas des communes profondément rurales, c'est-à-dire très peu équipées et peu peuplées, qui - dans l'ensemble - perdent également leurs seniors. En Wallonie, citons par exemple dans cette catégorie Froidchapelle, Fauvilliers, Leglise, Chiny, etc. Notons que certains ensembles régionaux perdent structurellement des seniors : la majorité des communes de la périphérie ouest de Liège, de la botte du Hainaut ou encore de la Gaume connaissaient déjà des soldes négatifs sur la période 1993 -1995.

## 2.2.2 Mouvements migratoires par type de commune

Un croisement des soldes migratoires des seniors et des *types* de communes<sup>36</sup> a été réalisé pour la Belgique sur deux périodes, soit 1993-1995 et 2000-2002.



I	Ville centrale des régions urbaines
II	Pôle urbain bien équipé
III	Banlieue bien équipée
IV	Banlieue essentiellement résidentielle
V	Ville polarisatrice en milieu rural
VI	Petit pôle en milieu rural
VII	Commune rurale peu équipée
VIII	Rural Profond

Même si l'on observe des évolutions<sup>37</sup>, chacun des *types* de communes conserve son signe (positif ou négatif), ce qui signifie que les tendances sont identiques depuis au moins une petite décennie. Ainsi, le solde des grandes villes et celui des communes au profil très rural restent négatifs. Les « petits pôles en milieu rural » (Dinant, Ciney, Rochefort par exemple) conservent les préférences des personnes âgées immigrantes. Les communes avec les soldes de seniors les plus positifs en Wallonie sont Aubel, Ottignies, Sainte-Ode, Nandrin, Martelange, Spa, etc. ; les plus négatifs sont Donceel, Brugelette, Hamois, Saint-Georges-sur-Meuse, etc. A propos de Saint-Georges, notons que cette commune a dû fermer une maison de repos suite aux activités de l'aéroport de Bierset situé à proximité, et que les résidents ont dû être transférés ailleurs.

Pour expliquer ces résultats, il est utile de scinder la population des « plus de soixante ans » en plusieurs catégories : les « jeunes » seniors et les « plus de 75 ans ».

<sup>36</sup> Voir carte sur les types de communes en annexe IV.

<sup>37</sup> Le caractère de plus en plus tardif des migrations vers les maisons de retraite, c'est-à-dire moins de mouvements pour un nombre croissant de personnes âgées (dénominateur) peut expliquer les valeurs moins élevées (en valeur absolue) des soldes migratoires 2000-2002 par rapport à la période 1993-1995.



Une enquête réalisée par la V.U.B auprès de 177 migrants en 2003<sup>38</sup> a permis de mettre en évidence les motifs d'émigration des seniors en fonction de leur âge. Pour les « jeunes » seniors et/ou fraîchement retraités (50-64 ans), le premier motif de déménagement est l'attrait pour la campagne (26%), tandis que viennent déjà les problèmes liés à la santé, la vieillesse ou l'habitat trop grand (10%). Cette dernière motivation prend bien entendu davantage d'importance aux âges plus avancés, mais elle passe malgré tout après les « problèmes de cohabitation et d'insécurité » (15.5%) pour les 65-79 ans. L'«attrait de la campagne» et le «rapprochement de la famille» sont également cités significativement pour cette tranche d'âge et la suivante (plus de 80 ans), quoique pour cette dernière, le premier motif de déménagement soit lié à la vieillesse et à la santé (31.6%).

On peut donc distinguer deux grands types de mouvements migratoires chez les seniors : le premier concerne surtout les seniors « actifs », qui quittent la ville ou la périphérie en faveur du littoral ou des communes plus rurales (la distance entre le domicile et le travail a moins d'importance). Le second concerne les seniors plus âgés et/ou en perte d'autonomie. Ces derniers migrent préférentiellement vers les communes qui leur offrent un encadrement sécurisé, que ce soit par la famille, une infrastructure spécifique ou un environnement social rassurant.

### 2.2.3 Mouvements migratoires des seniors et offre en équipements spécifiques

Ces résultats se confirment si l'on croise les soldes migratoires des seniors avec l'offre des maisons de repos : dans l'ensemble, la corrélation est assez bonne<sup>39</sup>.

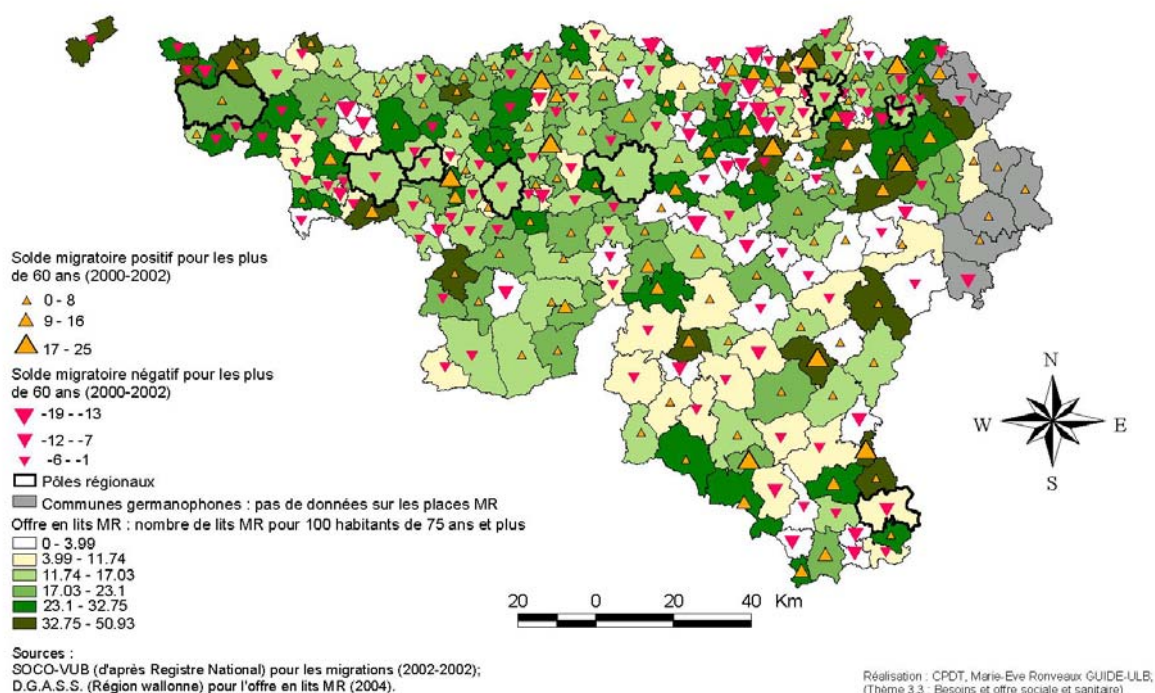
---

<sup>38</sup> DE CORTE St., RAYMAKEKERS P., THAENS K., VANDEKERCKHOVE Br., FRANCOIS G., *Etude des mouvements migratoires de et vers les grandes villes pour les trois régions belges*, Rapport final, VUB/TNS DIMARSO, octobre 2003, p.135, voir tableau, annexe V.

<sup>39</sup> Coefficient de corrélation  $R^2 = 0.42$ .

Les écarts à cette corrélation sont également instructifs. Ainsi, il peut sembler étonnant que plusieurs communes du Tournaisis, malgré une offre importante en établissements spécifiques, perdent structurellement des seniors. Une des explications de cette situation trouve son origine dans les migrations des seniors transfrontaliers. Le flux de résidents français âgés vers le Hainaut occidental est un phénomène déjà ancien, et qui a déjà été mis en évidence précédemment<sup>40</sup>. Une étude récente<sup>41</sup>, réalisée par l'Observatoire Franco-Belge

Offre en lits MR (Maison de Repos) et mouvements migratoires des plus de 60 ans (2000-2002)



de la Santé (O.F.B.S.), a ainsi montré qu'en 2004, les maisons de retraite belges comptaient plus de 1500 résidents de nationalité française. La très grande majorité d'entre eux proviennent de la région du Nord-Pas-de-Calais et privilégient la province du Hainaut, géographiquement proche. Les flux dans le sens Belgique-France sont quasiment négligeables. Cette étude indique que les établissements belges se distinguent par leur mixité : accueil de jour, MRS, etc. La demande plus importante dans cette région fait monter les prix des places en maison de repos, qui deviennent inaccessibles pour les personnes âgées locales.

On observe un autre type d'écart à la corrélation entre offre en MRPA et solde migratoire : certaines communes connaissent un solde positif bien que l'offre en maison de repos y soit très faible ou nulle. C'est le cas de Assesse, Gouvy, Bertogne, Rochefort,... : on peut supposer que ces communes (petits centres ruraux ou communes rurales) offrent un cadre qui attire essentiellement les « jeunes » seniors/retraités, car elles sont caractérisées par

<sup>40</sup> GRIMMEAU J.-P., BOSWELL R., ROELANDTS M., Etude des besoins en maison de repos de la Wallonie, GEVERU-ULB, rapport n°1, n°2 et n°3 pour le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Communauté française, 1992-1993.

<sup>41</sup> [http://www.senioractu.com/Maisons-de-retraite,Les-seniors-du-nord-de-la-France-attires-par-les-maisons-de-retraite-belges\\_a4610.html](http://www.senioractu.com/Maisons-de-retraite,Les-seniors-du-nord-de-la-France-attires-par-les-maisons-de-retraite-belges_a4610.html)

des proportions de personnes très âgées inférieures ou égales à la moyenne régionale<sup>42</sup>. De plus, l'accès à l'immobilier y reste relativement accessible<sup>43</sup>.

### 3. CONCLUSION DE CE CHAPITRE

La demande sanitaire sur le territoire wallon est corrélée essentiellement à des facteurs économiques, sociaux et de vieillissement. La demande est en effet d'autant plus élevée que le contexte socio-économique est défavorable et que les populations sont âgées. Si ces critères se « superposent » les uns aux autres dans certaines régions (par exemple le Hainaut), la demande sanitaire s'intensifie et l'espérance de vie diminue. Il arrive parfois que la demande soit élevée en raison de l'âge avancé des populations, mais que le contexte social et économique positif contribue à une espérance de vie très favorable (par exemple les cantons germanophones).

Pour réduire cette demande sanitaire, il faut donc agir sur plusieurs fronts, distincts parfois selon les régions : une meilleure adéquation entre l'offre et la demande dans les zones rurales et mal polarisées, notamment par une multiplication des formules améliorant la mobilité des services et/ou des patients, une amélioration globale du climat social et économique, en particulier dans les vieilles régions industrialisées, et enfin, plus généralement, une politique d'information, de responsabilisation et de prévention des problèmes sanitaires, notamment liés à la vieillesse, au sein des populations.

---

<sup>42</sup> Selon leur coefficient d'intensité du vieillissement :  $(P\ 80\ \text{ans} / P\ 60\ \text{ans}) * 100$ .

<sup>43</sup> Les prix relatifs de l'immobilier dans ces communes (prix moyens des maisons d'habitation ordinaire dans la commune/prix moyen des maisons d'habitation ordinaire en Wallonie) sont soit égaux, soit légèrement supérieurs à la moyenne régionale, in *Tableau de Bord du Développement Territorial 2003*, Publication de la CPDT (DGATLP), Région wallonne, p.21, 2003.

## Chapitre III : RÉPONSE QUALITATIVE AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

### ÂGÉES : PISTES DE RÉFLEXION

#### PRÉAMBULE

L'étude des institutions de la commune de Huy par interviews consacrée aux services pour personnes âgées et pour personnes handicapées<sup>44</sup>, a permis de mettre en évidence les difficultés et enjeux pour les années à venir et plus précisément la longévité des patients (qu'ils soient âgés ou handicapés).

En effet, en Belgique comme dans la plupart des pays industrialisés, le vieillissement à long terme de la population est devenu une certitude. Cette tendance existe également dans les pays en voie de développement ; même s'il est moins intense à l'heure actuelle, il posera problème dans les décennies à venir<sup>45</sup>. L'allongement de l'espérance de vie et la baisse des taux de fécondité engendrent des changements structurels de grande ampleur (matérialisés essentiellement par le caractère irréversible du phénomène) qui font que le vieillissement de la population représente un défi majeur pour toutes les sociétés, nécessitant la prise de mesures dans des secteurs très variés : impact sur la sécurité sociale, modification de l'offre en équipements,.... Il se traduit par une augmentation du nombre de personnes âgées (les plus de 60 ans) mais également de la proportion des âgés, et de l'intensité du vieillissement (ratio des 80 ans et plus et des 60 ans et plus)<sup>46</sup>. En Belgique, la proportion des 60 ans et plus est passée de 17,9 % en 1961 à 21,8 % en 2000 et devrait, selon les projections démographiques réalisées par l'Institut National de Statistique, atteindre les 32,5 % en 2050<sup>47</sup>. Concrètement, l'espérance de vie augmente de 3 mois tous les ans ; elle est de 75 ans pour les hommes et de 82 ans pour les femmes et en 2050, une personne sur quatre aura plus de 60 ans. En Région wallonne, l'espérance de vie est en perpétuelle augmentation, elle était de 76,17 ans en 1995, de 77,31 ans en 2000 et elle devrait atteindre 86,39 ans en 2050. Les personnes handicapées connaissent également une augmentation de leur espérance de vie due aux progrès de la médecine, au développement des institutions spécialisées et à l'amélioration des conditions de vie.

Le vieillissement aura des impacts dans divers domaines et notamment en termes d'équipements. Même si la politique en faveur des personnes âgées en Région wallonne prône le maintien à domicile aussi longtemps que possible, il est un moment où les personnes vieillissantes ne peuvent plus vivre seules<sup>48</sup>. Les autorités politiques wallonnes doivent veiller à garantir un nombre suffisant de lieux d'hébergement (maison de repos, maisons de repos et de soins, etc.) mais également étudier et favoriser l'alternative au logement individuel<sup>49</sup>. Le vieillissement des personnes handicapées est également au centre

---

<sup>44</sup> Les résultats de l'enquête sur les institutions pour personnes âgées figurent dans le rapport intermédiaire de mars 2005. Ceux obtenus auprès des institutions pour personnes handicapées sont présentés en annexe VI.

<sup>45</sup> Nations Unies, Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, Une société pour tous les âges, avril 2002, <http://www.un.org/french/ageing>

<sup>46</sup> LIPSZYC B., Vieillesse, état de santé et cessation d'activités, in *Les cahiers du CREPP*, 2002/14, [http://www.ulg.ac.be/crepp/02\\_14Lipszyc.pdf](http://www.ulg.ac.be/crepp/02_14Lipszyc.pdf), p. 2.

<sup>47</sup> Idem ; Institut National de Statistiques, *Démographie mathématique – Perspectives de population 2000 - 2050*, [http://statbel.fgov.be/pub/d2/p231y2000-2050\\_fr.pdf](http://statbel.fgov.be/pub/d2/p231y2000-2050_fr.pdf)

<sup>48</sup> Gouvernement wallon, Contrat d'Avenir pour la Wallonie, 2000, p. 20.

<sup>49</sup> Ibidem, p. 166.

des préoccupations des dirigeants wallons puisque le CAW stipule que les besoins non rencontrés par les personnes handicapées doivent être pris en compte<sup>50</sup> : « *les situations les plus cruciales seront rencontrées en priorité : personnes handicapées vieillissantes, personnes polyhandicapées, autistes et personnes handicapées vivant dans la précarité* »<sup>51</sup>.

La réflexion sur les lieux de vie des personnes âgées et des personnes handicapées âgées doit être menée en vue de formuler des solutions ou recommandations en termes d'équipements/de territoire. Personnes âgées et personnes handicapées ont des besoins différents, ces aspects sont donc envisagés distinctement même s'ils se recoupent à certains égards. Des pistes de réflexion, solution et recommandation en ce qui concerne d'une part les personnes âgées et d'autre part les personnes handicapées sont présentées ci-dessous.

## **1. PISTES DE RÉFLEXION EN CE QUI CONCERNE LES PERSONNES ÂGÉES**

### **1.1 INTRODUCTION**

L'aperçu de l'offre sociale et sanitaire formelle pour les personnes âgées en Région wallonne montre que le choix de leur lieu de vie s'effectue selon l'alternative maintien à domicile et placement en institution d'hébergement. Quelques formules intermédiaires sont cependant prévues (court séjour, accueil de jour). Parallèlement à l'offre réglementaire, des expériences originales, non formalisées par le législateur, existent que ce soit en termes d'accueil, d'hébergement ou de services à domicile. Des initiatives basées sur le bénévolat sont également observées.

Ces expériences sont passées en revue ci-dessous dans la mesure où elles présagent des besoins nouveaux ou non satisfaits. Le choix en faveur de l'étude des équipements alternatifs a été fait car les services et institutions pouvant être localisés géographiquement trouvent leur place dans les études de développement territorial. Il est toutefois impossible de relever les expériences originales dans leur intégralité dans la mesure où on ne peut les connaître toutes. Celles présentées ici ont déjà fait l'objet d'études et de recherches<sup>52</sup>. Elles sont exposées selon qu'elles favorisent le maintien à domicile ou qu'elles présentent une alternative aux structures d'hébergement reconnues par le législateur wallon. Elles peuvent démarrer avec un contexte préexistant mais pas nécessairement.

### **1.2 INITIATIVES EN TERMES DE SERVICES VISANT LE MAINTIEN À DOMICILE**

---

<sup>50</sup> Gouvernement wallon, Contrat d'Avenir pour la Wallonie, 2000, p. 20.

<sup>51</sup> Ibidem, p. 162.

<sup>52</sup> CARLSON A., *Où vivre vieux ? Quel éventail de cadres de vie pour quelles personnes vieillissantes ?*, Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, novembre 1998, 206 pages ; Institut Européen Interuniversitaire de l'Action Sociale, *Du « vivre chez soi » à l'institution : des solutions alternatives en réponse aux besoins diversifiés d'une population vieillissante en Europe*, Actes du colloque européen organisé le 20 novembre 1997 à Charleroi ; AVALOSSE H., CORNELIS K., LEONARD C., VERNIEST R., *Le vieillissement, un enjeu collectif*, Mutualités Chrétiennes, Département Recherche et développement, dossier thématique n° 5, 2005, 155 pages, <http://www.mc.be/images/100/Vieillissement.pdf>

Le domicile est le lieu de vie par excellence. Il est notoire que les personnes âgées souhaitent rester chez elle autant que possible. Se pose dès la question de savoir s'il est possible, avec des moyens limités, de maintenir à domicile des personnes âgées dépendantes. Des actions à mener ou oeuvrant dans ce sens, en dehors des services reconnus, ont été identifiées.

### 1.2.1 Mesures générales

D'une manière générale, en ce qui concerne les soins et services à domicile, la formation des professionnels (médecins, kinésithérapeutes, soins infirmiers et aides soignantes) devra être en adéquation avec les problématiques des personnes âgées afin de prendre en compte leurs caractéristiques particulières. L'évaluation gériatrique, le dépistage de la fragilité gériatrique et les soins de réhabilitation en vue de récupérer les facultés perdues ne sont en effet pas généralisés dans les services s'occupant de personnes âgées<sup>53</sup>.

Une politique de prévention primaire à tous les stades de la vie doit également être menée. En effet, il est généralement admis qu'une mauvaise qualité de vie en termes d'environnement, d'alimentation, de conditions de travail, etc. contribue à l'accélération du vieillissement. En ce sens, la promotion de la santé et la sensibilisation à l'adoption de certains comportements revêtent une importance capitale. Les coûts qu'elles engendrent à court terme sont récupérés par une prise en charge plus tardive des personnes âgées en termes de soins et d'institutionnalisation (qui est plus onéreuse pour la collectivité que le maintien à domicile).

Ensuite, parallèlement à l'aide formelle, les proches des personnes vieillissantes (famille ou voisinage) procurent une aide non négligeable puisqu'il apparaît selon l'Eurobaromètre 1993 (confirmé par une étude réalisée à Bruxelles)<sup>54</sup> que deux tiers des soins aux personnes âgées sont fournis par ces acteurs. Selon certaines études, cette aide informelle serait cinq fois plus importante que l'aide formelle en termes d'heures<sup>55</sup>. L'évolution technologique (on pense à la biotélégérance et à la domotique) peut également venir en appui aux volontaires et retarder le placement en institution. La complémentarité entre l'aide informelle et l'aide formelle doit être pertinente. On mesure ici l'importance de la création de nouveaux services de répit et d'aide à domicile pour soulager les aidants et retarder le placement en institution. Cette politique constitue un défi à relever même si des initiatives ont déjà été prises en ce sens en Région wallonne (court séjour, centres d'accueil de jour, etc.). Il faut les développer.

Enfin, il existe d'autres formes de services pouvant permettre aux personnes âgées de rester plus longtemps dans leur cadre de vie familial. Par exemple, les CPAS ou les services d'aide aux familles ou même des privés organisent des services de nettoyage. Parfois, des services de petits travaux sont créés au sein de CPAS. De même, les personnes âgées qui ne sont plus à même de se préparer un repas chaud peuvent faire appel à un service de distribution de repas chaud à domicile (organisé par les CPAS, SAFPA, entreprises privées, etc.). On peut encore citer qu'une aide au ménage (courses, lessive, repassage, préparation de repas, petits travaux de coutures occasionnels, transport par une centrale pour les personnes à mobilité réduite) peut être fournie via les titres-services (6,20 euros pour une aide-ménagère). Tous ces services sont en principe accessibles à tout le monde mais on constate que ce sont les personnes âgées qui y font le plus souvent appel<sup>56</sup>.

---

<sup>53</sup> ARTOISENET C., DELIEGE D. et LEROY X., Aide et soins à domicile, en maison de repos ou ailleurs... Quelles perspectives face au vieillissement de la population ?, in *L'Observatoire*, n° 44, 2005, p. 94.

<sup>54</sup> BUNTINX F., DE LEPELIERE J. et YLIEFF M., Bilan synthétique des politiques d'aide et de soins aux personnes âgées, in *L'Observatoire*, n°44, 2005, p. 59.

<sup>55</sup> Idem.

<sup>56</sup> AVALOSSE H., CORNELIS K., LEONARD C., VERNIEST R., *Op. Cit.*, p. 79.

### 1.2.2 Mesures visant à rompre l'isolement social

Certaines expériences visent à rompre la solitude des personnes âgées. En effet, en ne sortant jamais ou peu, la personne âgée peut s'enfermer dans un isolement qui pourrait avoir des conséquences importantes : mélancolie, dépression, voire désorientation. Comme mentionné ci-dessus, l'isolement constitue un critère de vulnérabilité médicale. Il est donc important d'entourer la personne âgée. Or, les membres de la famille habitent parfois loin et il leur est difficile de se déplacer autant qu'ils le souhaiteraient.

En ce sens, favoriser la mobilité revêt une certaine importance, que ce soit pour les personnes âgées vivant à domicile ou en institution et ce sous un double aspect<sup>57</sup>. D'une part, en termes de capacité à se déplacer (aller chez le médecin, à l'hôpital, etc.) et, d'autre part, en termes d'infrastructures (trottoirs adaptés). Cet aspect est primordial dans la mesure où l'absence de mobilité accroît l'isolement social. Il existe des services dits de « transport adapté » purement informels, basés sur le bénévolat ou en partenariat avec les pouvoirs publics (commune, transports en commun). Ils assurent le transport des personnes à mobilité réduite (âgées ou non) qui en font la demande vers les hôpitaux, services sociaux et administratifs,... On peut citer à titre d'exemple *l'Association des services de transport adapté* pour personnes à mobilité réduite (qui regroupe plusieurs opérateurs) ou encore *Chic Service ASBL*. Chaque service fonctionne avec un règlement différent. Le TEC propose le *service 105* qui assure une desserte porte-à-porte dans une zone délimitée. Le service est payant (1,40 € par trajet) et accessible à toute personne dont la mobilité est réduite temporairement ou durablement. La réservation d'une place est un préalable indispensable, tant à l'aller qu'au retour.

Pour les initiatives ne visant QUE les personnes âgées, on peut citer l'exemple d'une maison de repos hutoise qui, en partenariat avec les transports en commun de la commune, a négocié l'emplacement d'un arrêt d'autobus juste devant ses portes. Il y a aussi *Taxi senior* dans le Brabant wallon ou encore *l'ASBL Mobilité Rochefortoise* (destinée exclusivement aux personnes de plus de 65 ans résidant dans la commune). Dans la même optique, certaines communes interviennent dans les frais de taxi (Dinant). Les mutualités peuvent également intervenir dans les frais de transport vers l'hôpital pour les plus de 65 ans<sup>58</sup>. D'une manière plus générale, pour les personnes de plus de 65 ans, les transports en commun sont d'ailleurs gratuits.

Par ailleurs, la *Fondation Roi Baudouin* soutient les nouvelles initiatives (ou celles qui existent déjà) qui visent à briser l'isolement des plus de 80 ans. En effet, leur proportion dans la population augmente sans cesse et continuera d'augmenter or, la majorité de ces personnes dites très âgées vivent encore chez elles et en général seules. On peut citer à titre d'exemple la mise en place de chaînes téléphoniques ou l'organisation d'activités intergénérationnelles<sup>59</sup>. Cette démarche est intéressante car elle permet de cerner des idées, des pistes concrètes qui devraient inspirer de nouveaux acteurs, de nouvelles initiatives.

Enfin, le sport, les loisirs et activités permettent aux personnes âgées de rester actives. Les universités du temps disponible, situées dans différentes villes de la Région wallonne (Charleroi, Huy, La Louvière,...) en sont de bons exemples.

### 1.2.3 Mesures spécifiques aux déments

---

<sup>57</sup> MRW, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, rapport intermédiaire de mars 2005, subvention 2004-2005.

<sup>58</sup> C'est par exemple le cas des mutualités socialistes, <http://www.mutsoc.be>

<sup>59</sup> Fondation Roi Baudouin, Rompre l'isolement social du quatrième âge, <http://www.kbs-frb.be/>

Les dispositifs de proximité n'ont pas encore achevé leur adaptation structurelle et fonctionnelle aux problèmes soulevés par la prise en charge et le maintien à domicile des personnes dépendantes. On dénombre malgré tout des évolutions et particulièrement dans le domaine de la démence. En effet, les aidants des personnes âgées démentes (notamment celles atteintes de la maladie d'Alzheimer) font l'objet d'une attention particulière en Région wallonne. Il faut en effet savoir que 80 % des personnes âgées atteintes de démence sont pris en charge par la famille (conjoint, enfants ou autre), ce qui implique des conséquences pour eux<sup>60</sup>. Des initiatives en vue de les soutenir sont développées par la Ligue Alzheimer, notamment : les groupes d'entraide, les « Alzheimer cafés », les centres d'accueil de nuit et les « baluchonneuses ».

Les **groupes d'entraide** (15 pour la communauté Wallonie Bruxelles) constituent un soutien précieux dans l'accompagnement des aidants<sup>61</sup>. Ils font partie du mouvement « self-help » qui trouve son origine aux Etats-Unis avec la création des alcooliques anonymes.

La ligue Alzheimer a mis en place, sur base des modèles allemands et néerlandais, des « **Alzheimer cafés** » afin de favoriser les espaces de parole où les patients peuvent s'exprimer au même titre que les aidants familiaux ou les professionnels<sup>62</sup>. Les objectifs sont les suivants<sup>63</sup> :

- information sur l'aspect médical et psychosocial de la démence ;
- importance de parler ouvertement de la maladie (la reconnaissance et l'acceptation sociale sont déterminantes pour cela) ;
- rupture de l'isolement social des malades et de leurs proches ;
- rupture des tabous et création pour les personnes concernées d'un sentiment d'appartenance, de reconnaissance et d'acceptation.

Ils ont lieu une fois par mois environ et se situent à Woluwé-Saint-Lambert, Namur, Liège, Neuchâteau et Charleroi. Il y a également des projets d'ouverture « d'Alzheimer Cafés » à Ottignies et Tournai. Ils sont situés en dehors d'hôpitaux ou de maisons de repos (et de soins).

Les **accueils de nuit** visent les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou d'une autre maladie neurovégétative) ayant une activité nocturne importante, ce qui épuise les aidants. L'objectif est triple. D'abord, permettre au conjoint ou aux enfants de personnes perturbées la nuit de pouvoir « souffler » et dormir. Ensuite, de proposer aux personnes actives la nuit de pouvoir vivre à leur rythme. Enfin, d'éviter des hospitalisations ou des entrées en maison de repos et de soins prématurées ou perturbatrices<sup>64</sup>. Il s'agit d'une nouveauté en Région wallonne. Elle en est au stade expérimental<sup>65</sup> mais l'objectif est d'étendre cette formule à tout le territoire. Le coût du service varie en fonction des structures

---

<sup>60</sup> Laboratoire des innovations sociales, *Ligue Alzheimer – La participation pour répondre à la vulnérabilité*, cahier n° 21, éditions électroniques Luc Pire, Liège, 2003, [http://www.labiso.be/ebooks/pdf/21\\_Alzheimer.pdf](http://www.labiso.be/ebooks/pdf/21_Alzheimer.pdf), p. 9.

<sup>61</sup> Un site Internet recense les groupes d'entraide de la Communauté française, <http://www.self-help.be/fr/index.cfm>

<sup>62</sup> Laboratoire des innovations sociales, *Ligue Alzheimer – La participation pour répondre à la vulnérabilité*, cahier n° 21, éditions électroniques Luc Pire, Liège, 2003, [http://www.labiso.be/ebooks/pdf/21\\_Alzheimer.pdf](http://www.labiso.be/ebooks/pdf/21_Alzheimer.pdf), p. 32.

<sup>63</sup> [http://www.alzheimer.be/alzheimer\\_cafe.html](http://www.alzheimer.be/alzheimer_cafe.html)

<sup>64</sup> DETIENNE T., Bien vieillir en Wallonie ; les chemins de l'autonomie, Dossier de presse, 3 juin 2003 ; BEKA P. et LIPPERT B., Evolution des structures d'accueil des personnes âgées en Wallonie, in *L'Observatoire*, n° 44, 2005, p. 47.

<sup>65</sup> Il y a 3 expériences menées dans des lieux d'implantation différents : Liège, Comines-Warneton et Braine-L'Alleud.



d'accueil soit entre 12,39 € et 15 € la soirée et 20 € à 25 € la nuit<sup>66</sup>. D'un point de vue pratique, une étude allemande a montré qu'il fallait organiser l'accueil de nuit là où il y a déjà d'autres services, en complémentarité d'un accueil de jour par exemple, afin d'une part d'optimiser ce qui existe et d'autre part de profiter de la formation et de l'expérience du personnel déjà en place<sup>67</sup>.

Les « **baluchonneuses** » consistent en un nouveau service issu d'une expérience québécoise et mis en place par l'ASBL *Action luxembourgeoise* pour l'aide aux soins palliatifs. Pratiquement, une personne (la baluchonneuse) vient habiter au domicile de la personne désorientée afin remplacer les aidants durant leur absence. Elles sont formées pour remplacer les aidants et prendre soin de la personne âgée (pour une durée de 7 à 14 jours)<sup>68</sup>. Un suivi a posteriori est également prévu. Cette formule a pour avantage d'éviter à la personne désorientée de s'adapter à une nouvelle structure en cas de court séjour, et une nouvelle réadaptation lors de son retour à domicile<sup>69</sup>. Elle permet enfin aux aidants de prendre du repos durant une ou deux semaines sans devoir transférer leur proche dans un autre milieu que son domicile. Ce service joue un rôle important dans le retardement du placement en institution du malade et minimise par ce fait l'intervention de la sécurité sociale dans le traitement du patient.

### 1.3 FORMULES SPÉCIFIQUES EN TERMES DE LOGEMENT

Malgré l'existence de structures d'aide à domicile et de répit, il arrive un moment où le placement de la personne vieillissante en institution est inévitable. Les raisons d'une entrée en lieu de vie collectif sont variables : il peut s'agir de l'état de santé de la personne âgée (incapacité physique et/ou psychologique), de l'incapacité des aidants à remplir leur fonction de soutien (décès du conjoint, maladie de l'aidant), de la peur de rester seul ou d'un besoin d'autonomie par rapport à l'entourage<sup>70</sup>.

A l'heure actuelle, il est démontré que les personnes âgées qui entrent en maison de repos sont de plus en plus dépendantes<sup>71</sup>, suite à l'effet de la politique en faveur du maintien à domicile. Se pose dès lors la question des personnes âgées autonomes qui souhaitent entrer dans un lieu de vie collectif car elles souffrent d'isolement ou d'un sentiment d'insécurité. Ce phénomène est apparu suite au changement des modes de vie (travail des femmes, modification de la structure familiale, etc.), les personnes âgées habitant de moins en moins avec leurs enfants, ces derniers disposant de moins de temps ou étant éloignés. En effet, exceptées les résidences-services, il y a peu d'alternatives conventionnelles d'hébergement collectif à leur égard. Il n'y a pas de transition douce possible entre domicile et maison de repos. Dans une optique inverse, la question de l'adaptation et de la rénovation de structures en fonction de la dépendance des êtres vieillissants se pose également.

Afin de rencontrer les besoins des personnes âgées, l'offre de logements spécifiques (non conventionnelle) s'est diversifiée avec comme caractéristique d'adoucir au maximum la rupture avec l'environnement familial. Elle constitue souvent un cadre de vie plus

---

<sup>66</sup> Laboratoire des innovations sociales, *Ligue Alzheimer – La participation pour répondre à la vulnérabilité*, cahier n° 21, éditions électroniques Luc Pire, Liège, 2003, [http://www.labiso.be/ebooks/pdf/21\\_Alzheimer.pdf](http://www.labiso.be/ebooks/pdf/21_Alzheimer.pdf), p. 38.

<sup>67</sup> Ibidem, p. 36.

<sup>68</sup> Pour plus d'informations voir <http://www.baluchon-alzheimer.be/>

<sup>69</sup> TAILFER M., Luxembourg – Alzheimer – Un baluchon pour aider les aidants proches, in *L'Observatoire*, n° 44, 2005, p. 116.

<sup>70</sup> Réseau Internet Francophone Vieillir en Liberté, La vie en institution, <http://www.rifvel.be>

<sup>71</sup> BEKA P. et LIPPERT B., *Op. cit.*, p. 41 ; c'est ce qui ressort également de l'étude menée à Huy auprès des institutions pour personnes âgées, MRW, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, Rapport intermédiaire de mars 2005, subvention 2004-2005.

personnel (souvent de petite taille) où les personnes âgées peuvent habiter de manière aussi autonome que possible<sup>72</sup>.

Des études récentes ont recensé ces modèles différents d'habitat. A. Carlson<sup>73</sup> établit une typologie des expériences innovantes dans ce domaine. Il précise qu'il est bien évidemment impossible de relever l'intégralité des expériences belges et étrangères puisqu'il y a celles qui demeurent inconnues, celles dont les contours sont peu précis ou encore celles qui sont anciennes ou nées d'une même branche et celles qui partagent les spécificités avec d'autres<sup>74</sup>. Le psychosociologue français R. Vercauteren a également écrit sur ces aspects<sup>75</sup>. Plus récemment, le département « recherche et développement » des mutualités chrétiennes a publié un rapport sur le vieillissement qui reprend les formes spécifiques de logements et de soins<sup>76</sup>. Parallèlement aux recherches livresques, nous avons effectué des investigations sur chaque expérience afin d'actualiser ou de compléter ces données (via Internet).

Le but de cette partie est de montrer la diversité des alternatives existantes en terme d'habitat (sans les détailler de manière descriptive) pouvant se révéler être des indicateurs de besoins nouveaux. Elles sont répertoriées suivant les classifications proposées dans les études susmentionnées.

### 1.3.1 L'habitat adapté

L'habitat adapté ou réaménagé est celui « qui, sans avoir été conçu à l'origine pour évoluer, s'adapte à ses vieux occupants actuels ou potentiels et ce, suite à des interventions où se combinent écoute attentive des besoins et désirs des bénéficiaires et imagination architecturale et urbanistique des intervenants »<sup>77</sup>. La personne âgée peut, en combinant les soins et services à domicile, rester dans son habitat originel tout en aménageant son cadre architectural et matériel. En effet, la majorité des personnes acquièrent leur logement à un moment où il n'est pas question d'autonomie réduite et de soins à domicile. Lorsque la dépendance apparaît, le logement peut présenter des inconvénients pour l'occupant (escaliers, passages de portes trop étroits pour une chaise roulante). Il existe à l'heure actuelle de nombreux dispositifs permettant de supprimer ces obstacles (amélioration de l'éclairage, suppression des sols glissants, installation d'alarme personnelle, installation de poignée de porte à bonne hauteur, domotique ou télématique).

Le logement adapté n'est possible que si trois paramètres sont pris en considération : le coût, la taille de l'habitation et le vieillissement de l'habitant.

Cette philosophie se retrouve dans différents pays européens comme la France, les Pays-Bas ou l'Allemagne.

En France, des centres PACT-ARIM<sup>78</sup> sont présents dans chaque département depuis 1967. Ce mouvement regroupe des associations au service des personnes, propriétaires ou locataires, qui désirent améliorer ou adapter leur logement. L'association monte le dossier du début à la fin (établissement des devis, sollicitation des aides financières, suivi du chantier, etc.) tout en informant et impliquant la personne âgée.

---

<sup>72</sup> AVALOSSE H., CORNELIS K., LEONARD C., VERNIEST R., *Op. cit.*, p. 84.

<sup>73</sup> CARLSON A., *Op. cit.*, 206 pages.

<sup>74</sup> Ibidem, p. 63.

<sup>75</sup> VERCAUTEREN R., *Des lieux et modes de vie des personnes âgées*, éditions Erès, Ramonville, 2000.

<sup>76</sup> AVALOSSE H., CORNELIS K., LEONARD C., VERNIEST R., *Op. cit.*, 155 pages.

<sup>77</sup> Ibidem, p. 64.

<sup>78</sup> Protection, amélioration, conservation et transformation – Association de restauration immobilière. Pour plus d'information, voir <http://www.pact-arim.org/>

Aux Pays-Bas, une initiative a été initiée en 1984 sous l'impulsion de la fédération néerlandaise de l'habitat (*Nationale Woningraad (NWR)*) en collaboration avec 40 associations et des autorités locales et ce sur l'ensemble du territoire<sup>79</sup>. Depuis, elle a été suivie par de nombreuses actions de rénovation menées par le comité néerlandais d'organisation des programmes relatifs à l'habitat. De même, elle a conduit à la conceptualisation et la construction de nouvelles formules d'habitat répondant à des critères précis par les collectivités locales mais également les promoteurs privés.

Enfin, en Allemagne, des actions sont menées en vue d'offrir aux personnes vieillissantes les aides nécessaires pour procéder aux transformations de leur logement. Auparavant ces aides n'existaient pas pour les personnes âgées non handicapées ou les bénéficiaires n'avaient pas l'énergie suffisante pour y avoir accès. En 1997, 200 centres locaux de conseils et d'aide à l'adaptation fonctionnaient en Allemagne pour adapter les logements, notamment les salles de bains et les modifications visant à faciliter le passage de marche et de seuil<sup>80</sup>. Leurs missions sont consacrées au conseil, au suivi, et à la coordination des intervenants et aux relations publiques.

### 1.3.2 L'habitat évolutif

L'habitat évolutif constitue « un espace d'habitation conçu pour évoluer tout au long d'une vie ; il s'adapte dans le temps à ses habitants et ne leur impose pas le contraire »<sup>81</sup>. La vie dans son logement d'origine demeure donc possible même lorsque l'autonomie diminue. Il en existe quelques exemples en Belgique mais également dans d'autres pays européens (Royaume Uni, Danemark, Suède, Finlande, Norvège, Suisse, Pays-Bas, Grèce, Italie, Espagne). En Région flamande, le *Vlaams Huisvestingmaatschappij* entend jouer un rôle de pionnier dans ce domaine, des projets étant en cours à Anvers, Ninove et Bruges.

Le logement évolutif va plus loin que l'habitat réaménagé car il s'agit d'une façon d'appréhender l'espace (pas uniquement au niveau architectural). On peut en distinguer de deux types, selon que la maison ou l'appartement :

- intègre un espace indépendant autour d'espaces communs. Une fois les enfants partis, un couple peut accueillir ses parents devenus âgés si tel est leur souhait ;
- ou
- peut être soumis à modification dans la mesure où l'espace global est modulable par un système de cloisons amovibles. Devenue âgée, une personne peut installer sa chambre au rez-de-chaussée par exemple.

### 1.3.3 L'habitat Kangourou

Il faut opérer une distinction entre l'habitat duplex et l'habitat Kangourou même si elle est ténue. Le premier consiste en une formule intéressante pour les personnes vieillissantes dont le logement est devenu trop grand ; cette dernière souhaitant cohabiter avec d'autres personnes afin de se sentir en sécurité ou moins seule. Chacun possède son territoire et un accès personnalisé à celui-ci mais un passage est prévu à l'intérieur du duplex entre les deux territoires. On peut également imaginer un voisinage immédiat des deux habitations. Il n'est pas obligatoire que cette « cohabitation » s'effectue avec des membres de la famille. Le second permet à une personne âgée (ou un couple de personnes âgées) d'occuper le rez-de-chaussée alors qu'un jeune ménage (de la famille ou non) habite l'(les)étage(s).

---

<sup>79</sup> CARLSON A., *Op. cit.*, p. 66.

<sup>80</sup> Ibidem, pp. 69 et 70.

<sup>81</sup> Ibidem, p. 70.

supérieur(s). L'habitat Kangourou peut être soit une construction neuve ajoutée à une construction existante, soit l'aménagement d'une habitation existante en deux logements séparés.

Ce type d'habitat résout deux problèmes. D'une part, celui des personnes âgées qui disposent de trop de place mais qui ne veulent pas déménager et, d'autre part, celui des jeunes qui ne sont pas encore financièrement capables d'acquérir un nouveau logement.

La formule vient d'Australie et est connue sous le nom de « grannyflat ». En Europe elle s'est développée dans les pays scandinaves (Danemark), aux Pays-Bas et en Italie. Il existe en Belgique quelques réalisations qui s'en rapprochent bien qu'en retard par rapport aux autres États<sup>82</sup>. Le concept semble cependant se développer au nord du pays, le constructeur « Young budget Homes » a en effet quelques réalisations à son actif<sup>83</sup>. C'est de plus une volonté du Gouvernement flamand que de se diriger vers ce type d'habitat<sup>84</sup>.

#### 1.3.4 L'accueil familial

Des mécanismes de placement familial sont prévus pour les enfants (orphelins ou non) et pour les personnes handicapées (services de placement familial). Il est donc logique d'avoir pensé au placement d'adultes malades âgés ne nécessitant pas un séjour en hôpital mais qui ne peuvent rester seuls à domicile ou ne souhaitent pas entrer en institution. L'utilisateur paie une contribution et la famille d'accueil reçoit une rémunération.

L'accueil familial est répandu dans les pays anglo-saxons (Canada, Angleterre). Il se développe également en France depuis l'installation d'un cadre légal (loi française du 10 juillet 1989<sup>85</sup>).

Concrètement, il s'agit de mettre en place un accueil social pouvant se substituer à l'accueil en maison de repos pour des personnes isolées dont l'âge entraîne un affaiblissement les rendant dépendantes<sup>86</sup>. L'accueil familial diffère de l'aide familiale puisque dans le second cas l'aide se fait au domicile de la personne aidée alors que dans le premier le placement a lieu au domicile de l'aidant. La souplesse de la formule constitue son atout essentiel dans la mesure où l'accueil peut s'effectuer le soir, la journée ou à temps partiel (quelques jours par semaine) mais comporte cependant des limites (appât du gain).

Une telle expérience est développée par l'Organisme Provincial d'Action Sociale de Namur à partir du modèle français. De même, en Région flamande cette forme d'accueil existe à Anvers et dans la région de Gand.

#### 1.3.5 L'habitat coopératif

L'habitat coopératif est né au Québec après la seconde guerre mondiale (coopératives de construction suivies des coopératives d'habitations locatives) pour s'étendre dans les pays scandinaves (Suède, Danemark) dans les années 1970 (habitat autogéré communautaire). Carlson le définit comme « reposant sur la propriété uniquement collective et inaliénable d'un ou de plusieurs cadres de vie dont l'entité propriétaire (une personne morale composée de

---

<sup>82</sup> WAUTHY D., La formule Kangourou, in *Vers l'Avenir*, 28 mai 2005.

<sup>83</sup> <http://www.youngbudgethomes.be>

<sup>84</sup> [http://www.youngbudgethomes.be/Nieuw/Concepten/Kangoeroe/Concepten\\_Kangoeroe2\\_ConcToek.htm](http://www.youngbudgethomes.be/Nieuw/Concepten/Kangoeroe/Concepten_Kangoeroe2_ConcToek.htm)

<sup>85</sup> Loi n°89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes, *J.O.* du 24 juin 1989.

<sup>86</sup> CARLSON A., *Op. cit.*, p. 74.

l'ensemble des copropriétaires) le loue, à titre individuel, à des copropriétaires et ce, sans but lucratif, ce qui permet l'accessibilité financière »<sup>87</sup>.

Il se caractérise par l'implication de ses habitants, qui ne souhaitent pas être pris en charge et s'organisent en groupes informels ou en associations, parfois avant d'être âgés. Leur objectif de réaliser et de cogérer un cadre de vie satisfaisant tant au niveau individuel que collectif, où est favorisée l'autonomie de chacun et où la convivialité (notamment intergénérationnelle) est rendue possible<sup>88</sup>. Les habitants peuvent être propriétaires, locataires ou coopérateurs selon la formule choisie. La coopération peut regrouper plusieurs coopératives avec des publics différents (cf. Canada).

En Belgique, on peut citer le Petit Béguinage de Lauzelle où des personnes âgées ont acquis un logement et où la vie se déroule de manière semblable à celle des anciens béguinages (espaces communs et logements privés).

### 1.3.6 L'habitat intégré

Il s'agit d'un habitat qui fait partie harmonieusement d'un ensemble géographique donné (village, ville, quartiers urbains) avec lequel il interagit dynamiquement (mouvement de l'intérieur vers l'extérieur et inversement - l'espace public s'y prolonge)<sup>89</sup>. Ce type de lieu de vie se caractérise par sa situation au centre d'un ensemble (et non en périphérie comme le montre l'exemple américain de « Sun City »<sup>90</sup>).

A Rotterdam, les logements dits résistants à vie constituent un bel exemple d'habitat intégré<sup>91</sup>. Plus précisément, les services d'aide et de soins de la ville ont conçu un projet de logements combinés avec une structure de soins tout en faisant en sorte que les deux restent séparés. Concrètement, les personnes vieillissantes d'un quartier peuvent louer un logement (de 2 ou 3 chambres) dans un bloc d'appartements. Ceux qui nécessitent des soins au fur et à mesure peuvent les recevoir sans déménager. Le complexe comprend des facilités (kiné, ergo, médecin, restaurant, shopping, café,...) pour les résidents mais également pour les habitants du quartier, leur présence constituant le lien avec la vie « normale », extérieure.

### 1.3.7 Les petites unités de vie

Les petites unités de vie s'inscrivent comme une alternative soit au domicile particulier soit aux institutions de grande capacité. Elles constituent ainsi un « entre-deux » où, selon les cas, logique domicile et logique établissement coexistent. Les projets réalisés dans cet esprit sont tous différents mais cinq caractéristiques communes peuvent être dégagées :

- une insertion dynamique dans les géographies à dimension de quartier ou de village ;
- une petite taille ;
- une atmosphère chaleureuse et un sentiment de sécurité ;

---

<sup>87</sup> Institut Européen Interuniversitaire de l'Action sociale, *Du « vivre chez soi » à l'institution : des solutions alternatives en réponse aux besoins diversifiés d'une population vieillissante en Europe*, Actes du colloque européen organisé le 20 novembre 1997 à Charleroi, p. 22.

<sup>88</sup> CARLSON A., *Op. cit.*, p. 83.

<sup>89</sup> Ibidem, p. 83.

<sup>90</sup> « Sun City » est une ville conçue uniquement pour les retraités, habitée et gérée par eux à l'exclusion d'autres classes d'âge.

<sup>91</sup> CARLSON A., *Op. cit.*, pp. 84 à 87.

- un partage des responsabilités entre les habitants (participation à l'organisation de la vie quotidienne), l'entourage familial et les professionnels ;
- une articulation autour d'un projet de vie.

La volonté des personnes directement concernées (les personnes âgées) peut se manifester en faveur d'un habitat groupé (le souhait de rester à domicile impliquant une peur de l'isolement les entraîne à vouloir rester chez elles mais pas seules)<sup>92</sup>.

Le groupe SAUMON réunit des expériences de plusieurs pays européens (France, Grande-Bretagne, Belgique, Pays-Bas, Allemagne, Espagne) concernant la formule de petites unités de vie. L'idée commune veut que chaque résident d'une maison pour personnes âgées compte généralement une personne de son entourage prête à faire quelque chose pour lui si on le sollicite. La maison lui demande de participer concrètement et selon ses moyens à la vie quotidienne. L'objectif est de sortir la maison de son isolement institutionnel, proches et professionnels participant tout deux au bien-être des personnes âgées<sup>93</sup>.

Le principe des petites unités de vie est matérialisé, en Belgique, par l'*Antenne d'Andromède*. En effet, le CPAS de Woluwé-Saint-Lambert a imaginé une formule d'hébergement en appartement communautaire pour 5 seniors valides. Il a loué 6 appartements, avec chambres individuelles et espaces communs (2 toilettes, 2 salles de bains, cuisine, living), auprès de la société locale de logements sociaux. Un encadrement souple complète le schéma (travailleurs sociaux, aide à domicile et convention avec un service de soins extérieur).

Dans la même optique/philosophie, il existe actuellement en France une centaine de maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA). Elles s'adressent avant tout aux personnes ayant vécu en milieu rural. La Mutualité sociale agricole (un organisme d'assurances phare du monde agricole) a inauguré au début des années 1980 cette formule qui, inspirée des maisons d'accueil pour personnes âgées et des cantous (voir infra), permet de regrouper, au sein de petites unités indépendantes (de 15 à 20 lits), des personnes du troisième ou du quatrième âge issues d'un même milieu, à la fois social et géographique<sup>94</sup>.

Ces établissements accueillent plutôt des personnes âgées qui ont besoin de l'aide d'un tiers pour certains actes de la vie courante mais également des personnes valides qui vivent seules ou isolées. L'objectif de ces institutions, dès l'origine, était de recréer des conditions de vie proches de celles qu'avaient connues les résidents. Pour prolonger l'autonomie de chacun, tous sont étroitement associés à la vie matérielle de la communauté, notamment la préparation des repas. La bonne marche quotidienne de la MARPA incombe à la maîtresse de maison (une infirmière de profession) avec l'aide d'une assistante. Le reste du personnel vient de l'extérieur. Même si elle peut être définie comme un lieu de « fin de vie », la MARPA est une réelle alternative au soutien à domicile<sup>95</sup>.

Le cantou fait également partie des petites unités de vie. Né en France il y a une trentaine d'années, le concept cantou vise à la création d'un lieu de vie communautaire où des personnes en perte d'autonomie (déments) trouvent un espace où la communication, l'entraide et les relations sont favorisées par la participation aux actes de la vie quotidienne<sup>96</sup>. L'objectif est de rendre aux usagers une autonomie collective face à la perte

---

<sup>92</sup> Ibidem, page 5.

<sup>93</sup> LEROY X., Comment les aînés organisent-ils leur vie, in le *Bulletin d'éducation du patient*, 1997, volume 16, n° 2-3, juillet 1997, p. 12.

<sup>94</sup> ANONYME, Les MARPA parmi les petites unités de vie,

[http://www.agevillage.com/Article/index.jsp?ARTICLE\\_ID=4169](http://www.agevillage.com/Article/index.jsp?ARTICLE_ID=4169)

<sup>95</sup> Idem.

<sup>96</sup> <http://www.cantous.be/nouvellepage5.htm>

d'autonomie individuelle et ce dans un environnement protégé. Stimulé par les membres du personnel et sa famille, à laquelle il est demandé de s'impliquer dans le projet, l'usager sera incité à exploiter toutes ses potentialités.

En Belgique, sur le terrain, les cantous sont des lieux de vie communautaire autonomes qui regroupent 10 à 15 personnes souffrant de troubles mentaux où chacun participe à la vie journalière, en fonction de ses potentialités ; des membres du personnel remplissant le rôle de maîtresse de maison<sup>97</sup>.

Le concept s'inspire de trois principes qui définissent l'action sociale mise en œuvre :

- Principe de la communauté : la participation des usagers à la vie quotidienne selon un mode de vie communautaire ;
- Principe de subsidiarité : la participation responsable des entourages à la prise en charge des besoins du groupe sans se substituer à la personne âgée ;
- Principe de participation : la participation responsable des personnels polyvalents et stables à la prise en charge des personnes accueillies.

Ces principes induisent deux conditions essentielles touchant à l'organisation architecturale du cantou : l'existence d'un lieu communautaire unique et polyvalent dans lequel se déroulent l'ensemble des activités de la vie quotidienne et la possession par chacun des membres du groupe d'un espace personnel.

Enfin, en vertu de l'article 5, §3, du décret du 5 juin 1997, les maisons de repos peuvent bénéficier d'un agrément spécial pour l'accueil des personnes âgées désorientées dont la cohabitation avec les autres personnes de la maison de repos peut s'avérer difficile ; ces personnes nécessitant un environnement et un encadrement appropriés. Les maisons de repos doivent répondre aux normes fixées par le chapitre VII de l'annexe II à l'Arrêté du Gouvernement wallon du 3 décembre 1998<sup>98</sup> qui correspondent au modèle cantou. Le législateur reconnaît donc la spécificité de l'accueil des personnes âgées désorientées en maison de repos.

On peut encore citer dans le cadre petites unités de vie les maisons *Abbeyfield* créées en Angleterre en 1956, elles sont environ 1.200 aujourd'hui. La formule s'est répandue dans d'autres pays (Australie, Pays-Bas, Afrique du Sud, Nouvelle-Zélande,...). Ce concept d'habitat groupé participatif s'adresse aux personnes vieillissantes isolées à revenus modestes qui sont encore autonomes (il faut être en bonne santé au moment de l'entrée dans la maison). Il s'agit de communautés de vie de 8 à 12 personnes âgées de plus de 60 ans isolées ou socialement vulnérables mais présentant un degré d'autonomie suffisant. Chaque habitant dispose d'un petit appartement complété par des locaux communs qui constituent des lieux de rencontre et d'activités. Chacun assume les tâches dont il est capable (aspect solidarité au sein de la maison). La maison est soutenue par un groupe de volontaires qui collaborent à son fonctionnement et veillent à ce que les résidents restent insérés dans la vie sociale de leur quartier. Enfin, une personne est engagée afin de veiller à l'organisation de la maison et des services communs avec les habitants et les volontaires. Le fonctionnement de chaque maison est géré par une ASBL dont les membres sont les résidents et les responsables de l'équipe volontaire. Ces ASBL locales sont membres d'une ASBL nationale (*Abbeyfield Belgium*, créée en 1995 et dont le but est de promouvoir le soutien aux groupes locaux qui voudraient fonder des maisons sur ce modèle). Il existe des

---

<sup>97</sup> BEKA P. et LIPPERT B., *Op. Cit.*, p. 43.

<sup>98</sup> Arrêté du Gouvernement wallon du 3 décembre 1998 portant exécution du décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge, M.B. du 27 janvier 1999.

maisons *Abbeyfield* à Villers-la-ville<sup>99</sup>, Eupen, Namur, Etterbeek ; une autre devrait bientôt ouvrir ses portes à Lixhe en Province de Liège.

Enfin, un projet d'habitat groupé est en cours dans la province du Luxembourg où des habitations groupées et adaptées aux personnes à mobilité réduite seront construites et des espaces collectifs prévus<sup>100</sup>.

### 1.3.8 Les communautés intergénérationnelles

Une structure intergénérationnelle réunit différentes générations, l'objectif étant qu'elles se soutiennent mutuellement en fonction de leurs besoins spécifiques. Le principal atout de cette formule est d'éviter de « ghettoïser » les personnes âgées et de favoriser les rencontres intergénérationnelles.

Du point de vue des bénéficiaires, deux grands types de communautés ressortent. D'une part, les communautés de l'intergénérationnel des extrêmes qui consistent en des procédés rassemblant dans un même cadre de vie des personnes vieillissantes et des jeunes (crèches combinées avec une maison de repos par exemple). D'autre part, les communautés de l'intergénérationnel global où les générations extrêmes (personnes âgées) et les générations intermédiaires cohabitent.

On peut citer à titre d'exemple *l'Auberge du Vivier* à Habay-la-Neuve<sup>101</sup>, hébergeant des seniors, qui est intégrée dans un centre agréé accueillant temporairement des enfants de moins de 7 ans. Dans la même optique, le *Balloir* à Liège mêle personnes âgées, mamans isolées en difficultés sociales et enfants dont les parents ne s'occupent pas (temporairement ou définitivement)<sup>102</sup>. Il s'agit d'une cohabitation de trois départements (une maison d'accueil pour enfants, un atelier de jeunes mamans en difficulté et un lieu d'habitation pour personnes âgées – MRPA et résidences-services) chapeauté juridiquement par une ASBL. Les *Trois pommiers* à Etterbeek constituent un autre exemple. Il s'agit d'un complexe d'immeubles à appartements où résident 300 personnes de 3 générations différentes. Les aînés surveillent les enfants, les aident à faire leurs devoirs (remplissent le rôle de grands parents)<sup>103</sup>.

### 1.3.9 Les communautés intragénérationnelles

Les communautés intragénérationnelles autour d'une valeur fondamentale sont des maisons dans lesquelles se retrouvent des aînés dont les caractéristiques communes sont l'âge ainsi qu'une valeur ayant été la grande raison de leur vie.

Sur le terrain, on relève en France la « Maison Nationale des artistes », en Italie une « Maison d'aînés pour musiciens » ou encore aux Pays-bas un centre végétarien pour personnes vieillissantes.

---

<sup>99</sup> Pour plus d'informations, voir Laboratoire des innovations sociales, *La maison d'Abbeyfield de Villers-la-Ville – des personnes âgées comme les autres mais qui s'organisent*, cahier n°7, éditions électroniques Luc Pire, Liège, 2002, [http://www.labiso.be/ebooks/pdf/07\\_abbeyfield.pdf](http://www.labiso.be/ebooks/pdf/07_abbeyfield.pdf) ; <http://www.abbeyfieldinternational.com/home.asp>

<sup>100</sup> DERLET J.-M., Le logement solidaire pour le troisième âge, in *L'Avenir du Luxembourg*, 24 avril 2005.

<sup>101</sup> Pour plus d'informations, voir Laboratoire des innovations sociales, *L'Auberge du Vivier à Habay-la-Neuve – une maison de repos qui favorise les solidarités entre générations*, cahier n° 44, éditions électroniques Luc Pire, Liège, 2005, [http://www.labiso.be/ebooks/labiso\\_44\\_vivier/#](http://www.labiso.be/ebooks/labiso_44_vivier/#)

<sup>102</sup> CARLSON A., *Op. cit.*, p. 124.

<sup>103</sup> AVALOSSE H., CORNELIS K., LEONARD C., VERNIEST R., *Op. cit.*, page 86.



Trois dimensions spatiales existent dans ces cadres de vie (surtout pour les valeurs artistiques)<sup>104</sup> :

- le territoire privé ;
- l'espace communautaire (salle à manger) ;
- l'espace public (hall omnisport, salle d'exposition, théâtre, jardin biologique, etc.).

### 1.3.10 Les communautés intraculturelles

Les communautés intraculturelles et interculturelles regroupent les aînés (éventuellement déments) par ethnie. Cette expérience a été menée aux Pays-Bas et se justifie par l'inadaptation des structures indigènes à des cultures qui ont une spécificité quant à la nourriture, la langue, etc. Pour les ethnies turque, chinoise, moluque ou indonésienne, le personnel encadrant est de la même culture. En Wallonie, la *Résidence des Moulins* située à Namur comprend une vingtaine de résidents, tous belges, encadrés par des professionnels exclusivement d'origine congolaise faisant partager leur conception de la grande famille africaine<sup>105</sup>. Ce type d'expérience permet entre autres de poser la question du vieillissement des immigrés.

## 1.4 CONCLUSION DE CETTE PARTIE

Il n'y a pas vraiment, si ce n'est les courts séjours et centres d'accueil de jour, de formules permettant la transition douce entre domicile et maison de repos. On rencontre cependant, sur le terrain, des initiatives visant à une diversification de l'offre. Il serait judicieux de les développer dans les années à venir puisqu'une des volontés du Gouvernement wallon est d'encourager l'organisation d'activités intergénérationnelles et les initiatives visant à favoriser la pleine participation des personnes âgées dans la vie en société<sup>106</sup>. On veillera aussi à la mise en place, en collaboration avec les acteurs de terrains, d'un service d'information relatif aux personnes âgées (lieux de vie, services disponibles,...)<sup>107</sup>. Il ne s'agit pas uniquement de créer de nouvelles structures ou services mais aussi d'adapter celles qui existent aux besoins de la population vieillissante.

## 2. PISTES DE RÉFLEXION EN CE QUI CONCERNE LES PERSONNES HANDICAPÉES ÂGÉES

### 2.1 INTRODUCTION

Les facettes de la problématique des personnes handicapées sont multiples et diversifiées (insertion professionnelle, hébergement des jeunes handicapés ou des handicapés adultes, etc.) ; dès lors seules les difficultés identifiées grâce à l'enquête sur les services hutois pour personnes handicapées font l'objet d'une attention particulière.

---

<sup>104</sup> Institut Européen Interuniversitaire de l'Action sociale, *Op. cit.*, p. 38.

<sup>105</sup> CARLSON A., *Op. cit.*, page 106.

<sup>106</sup> Gouvernement wallon, Contrat d'Avenir pour la Wallonie, p. 166.

<sup>107</sup> Idem.

L'enquête réalisée à Huy montre que l'inadéquation entre offre et demande se situe au niveau des services résidentiels pour adultes, deux causes essentielles ayant été identifiées. D'une part, il n'y a pas, dans ces services, de limite d'âge imposée vers le haut<sup>108</sup> à la différence des services résidentiels pour jeunes où les bénéficiaires doivent avoir 18 ans maximum (21 ans en cas de dérogation). La moyenne d'âge dans les services résidentiels pour adultes est de 30 ans, ce qui a pour effet de bloquer des places pour plusieurs décennies ; les résidents sont donc amenés à y rester longtemps<sup>109</sup>. D'autre part, à l'instar de la population, on observe dans les pays développés, un allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées. Elle serait passée, de 20 ans en 1930 à 50 ans à l'heure actuelle, voir 60 ans selon certains chiffres<sup>110</sup>. L'âge moyen subit des nuances en fonction de la gravité et du type de handicap. Par exemple, en 1930 l'espérance de vie d'un trisomique était d'environ 10 ans alors que maintenant elle est de la cinquantaine<sup>111</sup>. Plusieurs facteurs permettent d'expliquer ce phénomène comme l'amélioration des conditions de vie, la multiplicité des prises en charge, l'aide et l'éducation précoce.

Ce vieillissement a un double impact se traduisant par l'accroissement du nombre de personnes handicapées et la conceptualisation de moyens de prise en charge adaptés<sup>112</sup>. Il aura donc un effet sur l'offre en termes d'équipements d'un point de vue quantitatif mais également qualitatif. Ces aspects sont étudiés dans le point suivant. D'abord, la notion de personnes handicapées âgées est précisée. Ensuite, un rappel de l'offre en services pour les personnes handicapées reconnus par le législateur wallon est effectué. Enfin, des pistes de réflexion sur l'habitat pour personnes handicapées âgées sont envisagées. Elles sont largement inspirées de la littérature scientifique, particulièrement développée en France, notamment sur le vieillissement des personnes handicapées mentales. En Région wallonne, un dossier paru en 2000 dans la revue d'action sociale et médicosociale, *L'Observatoire*, fait le point sur la situation (dossier n° 26). On peut également se baser sur les conclusions du colloque « prospectif handicap » organisé par la Fédération des institutions et services spécialisés d'aide aux adultes et aux jeunes (FISSAAJ) en juin 2003<sup>113</sup>.

La réflexion et la prise de conscience de la question du vieillissement des personnes handicapées est récente puisqu'elle remonte à une vingtaine d'années.

## 2.2 NOTION DE PERSONNES HANDICAPÉES ÂGÉES

Le vieillissement peut être défini comme « *l'effet normal de l'âge sur les différentes fonctions psychologiques et organiques tendant, quoique que de manière fort inégale selon les sujets et les fonctions, à une baisse des performances et des capacités* »<sup>114</sup>. Il peut être soit

---

<sup>108</sup> Il faut toutefois avoir été inscrit avant 65 ans au moment de la première demande d'intervention pour pouvoir bénéficier des prestations de l'AWIPH.

<sup>109</sup> DALLA PIAZZA S., Handicap mental et vieillissement – Des institutions et des personnes, in *L'Observatoire*, n° 26, 2000, p. 36.

<sup>110</sup> MERCIER M. et MERLIN C., Handicap mental et vieillissement - Définitions et questions générées, in *L'Observatoire*, n°26, 2000, p. 21.

<sup>111</sup> POPULAIRE D., Vieillissement et handicap mental, actes du colloque prospectif handicap, *Vers une meilleure intégration des personnes handicapées*, organisé par la FISSAP en collaboration avec EWETA, GASMAES et LNH à Marche-en-Famenne les 24 et 25 juin 2003, p. 46, <http://www.colloque.be/Fissap-Awiph/Actes.pdf> ; SARFATY J. et ZRIBI G. (dir.), *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*, éditions école nationale de la santé publique, Rennes, 2003, p. 46.

<sup>112</sup> SARFATY J. et ZRIBI G. (dir.), *Op. cit.*, p. 105.

<sup>113</sup> Colloque prospectif handicap, *Vers une meilleure intégration des personnes handicapées*, actes du colloque organisé par la FISSAP en collaboration avec EWETA, GASMAES et LNH à Marche-en-Famenne les 24 et 25 juin 2003, 117 pages, <http://www.colloques.be/Fissaaj-Awiph/Actes.pdf>

<sup>114</sup> MERCIER M. et MERLIN C., *Op. cit.*, p. 21.

physiologique (il s'agit alors des déficits caractéristiques d'un âge avancé – déficience auditive ou sensorielle, anxiété, etc. –), soit pathologique lorsqu'une personne développe une ou plusieurs maladie(s) dont la fréquence d'apparition est plus importante au troisième âge (Alzheimer, Parkinson, etc.). Pour les personnes handicapées, les effets du vieillissement viennent s'ajouter aux altérations physiques et/ou psychiques liées au handicap.

Il n'y a pas de consensus dans le monde scientifique sur la définition de la vieillesse des personnes handicapées. Le phénomène ne peut être approché de façon unitaire dans la mesure où la durée de vie est fonction du type de déficience (trisomie, épileptiques, etc.), de la qualité des soins reçus et de l'environnement global. Chaque personne présente donc un cas particulier. Toutefois, une enquête réalisée par la FISSAAJ (1989) auprès de 39 personnes handicapées mentales de plus de 55 ans a permis de mettre en évidence une série de signes spécifiques à ce groupe de personnes vieillissantes (agression verbale, moins grande capacité à se déplacer, isolement par rapport à autrui, etc.)<sup>115</sup>. Il est également reconnu que l'espérance de vie est inversement proportionnelle à la gravité du handicap (les handicaps les plus lourds ou associés à d'autres déficiences entraînent une espérance de vie moindre)<sup>116</sup>. Il est aussi admis que la vulnérabilité physique liée à la vieillesse survient plus tôt chez les handicapés mentaux, ce qui a pour effet d'accentuer leur degré de dépendance<sup>117</sup>.

## 2.3 PISTES DE RÉFLEXION QUANT À LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPÉES ÂGÉES

### 2.3.1 Offre reconnue en Région wallonne

L'avancée en âge positionne les soins (d'une manière générale) comme exigence prépondérante. Or, le législateur wallon a prévu deux régimes différents. Un pour les personnes âgées et un pour les personnes handicapées.

L'inventaire réalisé au cours de la subvention 2002-2003<sup>118</sup> a montré les différents types d'institutions de prise en charge prévus aux différents stades de la vie des personnes handicapées (enfance, adolescence et âge adulte) ainsi que les services destinés aux personnes âgées. Les lieux d'accueil pour personnes handicapées peuvent être répartis en trois groupes : le maintien à domicile (service d'accompagnement des personnes handicapées adultes, service d'accueil de jour, etc.), l'accueil familial pour personnes handicapées (service de placement familial) et l'hébergement collectif (service résidentiel pour adultes, etc.). Il y a aussi les habitations protégées, les maisons de soins psychiatriques, etc. qui peuvent s'adresser aux personnes handicapées dans certains cas.

Il n'existe pas de service ou de structure spécifique pour la personne handicapée âgée qui soit reconnu légalement. Or, on assiste à un vieillissement progressif de la population des services d'accueil de jour pour adultes et des services résidentiels (y compris de nuit) pour adultes du fait que les bénéficiaires ne quittent pas les structures en raison de la pertinence du placement et l'absence d'alternatives<sup>119</sup>.

---

<sup>115</sup> Ibidem, p. 107.

<sup>116</sup> MERCIER M. et MERLIN C., *Op. cit.*, p. 21.

<sup>117</sup> D'HOLLANDER Ph., Le vieillissement des personnes handicapées, in *revue semestrielle de l'association des directeurs de maisons de repos*, novembre 1995, p. 55.

<sup>118</sup> MRW, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, Rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003.

<sup>119</sup> CAUDRON B., Handicap mental et vieillissement – Approche européenne et situation en Région wallonne, in *L'Observatoire*, n° 26, 2000, p. 50.

La question du vieillissement des personnes handicapées est essentielle dans la mesure où il s'accompagne de détériorations mettant en péril tout le travail de rééducation ou de maintien des acquis qui a été fait, souvent durant l'essentiel de leur vie. En effet, peu d'institutions ont prévu dans leur projet un accompagnement dans la vieillesse puisque le phénomène est récent. De plus, les projets pédagogiques des structures traditionnelles sont en général axés sur la croissance et la progression et non sur les soins ou l'accompagnement de personnes âgées. Dès lors, des questions essentielles viennent à l'esprit en ce qui concerne les lieux de vie des personnes handicapées âgées : doivent-ils être ceux des personnes âgées (hébergement spécifique dans des structures générales) ? Doit-on créer de nouveaux services ou établissements à cet égard qui s'inspireraient des instruments existants ? Ou encore faut-il adapter les structures existantes ? Bref, quelles solutions envisager pour les personnes handicapées vieillissantes ?

### 2.3.2 Pistes de réflexion

La question des lieux de vie pour les personnes handicapées âgées semble faire l'objet d'un consensus basé sur trois principes en interaction : le choix du mode de vie, l'individualisation des réponses et la diversification de l'offre<sup>120</sup>.

- Le choix du mode de vie

Préalablement à toute action, il faut s'interroger sur la volonté des personnes handicapées. Ce principe veut qu'il ne faut pas imposer tel ou tel mode d'hébergement ou le maintien à domicile s'il n'est pas souhaité.

Une étude menée auprès d'infirmes moteurs cérébraux (IMC) quant à leur attente par rapport à leur accueil au troisième âge montre que la tendance dominante est le souhait de vivre là où ils ont vécu (domicile propre ou des parents, foyer)<sup>121</sup>. Ces personnes souhaitent que les services à domicile et les équipes d'accompagnement soient assurés et développés de telle sorte que leur accueil en institution se fasse le plus tard possible. Une réorientation, en maison de repos par exemple, serait synonyme de déracinement et de rupture des liens sociaux. Les handicapés mentaux par exemple présentent surtout des troubles de l'adaptation, il faut par conséquent veiller à ne pas leur enlever leurs repères.

- L'individualisation des réponses

Le principe du libre choix implique une réponse individualisée. En effet, le vieillissement ne produit pas forcément les mêmes effets sur la personne déficiente intellectuelle, par exemple, selon l'origine du handicap, l'importance de celui-ci, la présence ou non d'handicaps associés, le mode de vie de la personne, etc. Chaque individu doit bénéficier de réponses sur mesure.

- La diversification de l'offre

Ce principe implique la multiplication des possibilités en termes de structures d'hébergement, d'accueil de jour et d'aide au maintien à domicile. Elle nécessite un travail partenarial entre les divers acteurs de la question des personnes handicapées âgées.

Ces trois principes sont liés entre eux puisque accepter le libre choix du mode de vie induit une individualisation des réponses et nécessite la diversification locale de l'offre en structures d'hébergement, d'accueil de jour et de maintien à domicile.

---

<sup>120</sup> SARFATY J. et ZRIBI G. (dir.), *Op. cit.*, p. 97.

<sup>121</sup> Résultats obtenus suite à des interviews, réunions de réflexion ou groupes de travail, GERARD J. et RIBESSE G., L'accueil des personnes handicapées vieillissantes aux côtés de personnes âgées en maison de repos est-il une voie d'avenir ?, in *revue semestrielle de l'association des directeurs de maisons de repos*, novembre 1995, p. 67.

On aura constaté que la difficulté essentielle que présente la réflexion de l'accompagnement et de l'hébergement des personnes handicapées vieillissantes tient en la diversité des cas de figures. Chaque cas est particulier et nécessite une intervention particulière. Des points de convergence ont cependant été observés. En effet, N. Breitenbach<sup>122</sup> a établi une typologie basée sur les situations fondamentales et leurs dynamiques plutôt qu'un repérage par handicap. Selon elle, il y a des grandes problématiques lorsque le vieillissement s'associe au handicap préalable dans lesquels la majorité des cas individuels se reconnaissent : les admis, les déplacés, les exclus et les ignorés. A chaque fois, les solutions pour la prise en compte des personnes handicapées âgées sont différentes.

- Les admis

Les admis sont les individus bénéficiant d'une prise en charge stable. Leur vieillissement peut faire apparaître des difficultés tant en ce qui concerne les infrastructures que le personnel.

En effet, il se peut que les installations ne soient pas adaptées à des personnes âgées. Les institutions les plus anciennes doivent être aménagées et restructurées pour une meilleure accessibilité et en faveur d'une meilleure prise en charge. Les institutions les plus modernes ne connaissent en principe pas de problème d'accessibilité.

Le personnel des services d'hébergements collectifs se trouve confronté à une charge accrue de travail puisque le vieillissement des usagers implique souvent une mobilité réduite. Ensuite, il est formé pour stimuler et aider la personne handicapée dans son développement. Il est donc contraint de troquer son savoir-faire dans la prise en charge globale contre un rôle d'aide senior.

Si le personnel n'est pas constitué de professionnels avertis, un clivage entre les besoins du projet et les aspirations de ceux-ci risque de se creuser<sup>123</sup>. Il doit accepter les régressions, voire accompagner jusqu'à la mort. Inversement, comment faire face aux besoins nouveaux en termes de soins ou de gestes techniques ? Par ailleurs, il doit aussi gérer des fossés intergénérationnels qui n'existaient pas auparavant.

Ces difficultés peuvent être résolues par une formation continue et des aménagements du cadre de travail. Au besoin, faire collaborer les professionnels du secteur des soins (aide senior, assistante en nursing) et des éducateurs de formation au sein d'un même projet de vie. Les soins seraient donc apportés par des intervenants formés à cet effet et l'accompagnement/le soutien pédagogique et social assuré par des éducateurs spécialisés<sup>124</sup>. Si l'équipe est déjà constituée, il appartient au responsable du projet de procéder à son évaluation. Il est aussi souhaitable de les soutenir (temps de parole, écoute, etc.) ce qui permet par la même occasion de tracer des pistes possibles de solutions aux difficultés rencontrées.

A l'heure actuelle, il appartient à chaque équipe, chaque structure d'élaborer ses propres réponses pour définir quel accompagnement proposer aux personnes dont elles s'occupent. L'institution peut proposer le choix d'une adaptation maximale et d'un accueil possible jusqu'au décès mais les projets ne sont pas connus ni reconnus, ce qui implique un manque de moyens. Le Village n°1 Reine Fabiola œuvre dans ce sens via sa maison des aînés, adaptée à une population vieillissante. Il faut en effet espérer que l'âge n'est pas un motif d'arrêt de prise en charge par une institution.

---

<sup>122</sup> BREITENBACH N., Les admis, les déplacés, les exclus, les ignorés,... Les grandes problématiques relevées par la nouvelle longévité des personnes handicapées, in *Réadaptation* n° 431, juin 1996, pp. 16 et suivantes.

<sup>123</sup> FARINELLE M., Handicap mental et vieillissement – Soutenir le personnel, forger un projet institutionnel, in *L'Observatoire*, n° 26, 2000, p. 83.

<sup>124</sup> Idem ; POPULAIRE D., *Op. cit.*, p. 49.

Il arrive néanmoins que le vieillissement ait des conséquences (dégradations physiques et/ou mentales) qui amènent l'institution à confier ponctuellement (hospitalisation) ou définitivement des résidents à des structures habilitées à soigner. On dit alors que les personnes handicapées vieillissantes sont des « déplacés ».

- Les déplacés

Les déplacés sont les personnes qui, du fait de leur âge ou en coïncidence avec celui-ci, ne se trouvent plus en phase avec leur type de prise en charge et se voient obligées de les quitter vers d'autres lieux ou formules d'accueil. Dès lors se pose la question de savoir lequel(les).

Ils peuvent être renvoyés dans leur famille si cela est possible ou rester dans l'institution grâce à des dérogations (voir supra) ou à la création de petites annexes.

On peut aussi envisager la création d'établissements spécifiques pour personnes polyhandicapées âgées. Ceux-ci pourraient y rencontrer leurs besoins spécifiques (assistance, nursing, logements adaptés, personnel qualifié). Des critères devraient être établis (conditions d'entrée, normes architecturales) et l'obligation d'élaborer un projet de vie prévu. Cependant, il semble que ce ne soit pas une formule que la plupart des personnes handicapées souhaiteraient voir se développer<sup>125</sup>.

Enfin, il se peut que les déplacés rejoignent les maisons de repos pour personnes âgées. En effet, les MRPA peuvent légalement accueillir des personnes handicapées (mentales) même âgées de moins de 60 ans<sup>126</sup>. Cette situation se retrouve dans les faits<sup>127</sup> mais il n'existe pas de données précises sur les placements de personnes handicapées dans les institutions non agréées ou les maisons de repos<sup>128</sup>.

L'accueil des personnes handicapées en maison de repos est un sujet vaste et diversifié faisant l'objet d'une certaine littérature. On y relève une enquête menée auprès d'infirmes moteurs cérébraux (IMC) identifiant le profil de ceux qui envisagent un accueil en maison de repos<sup>129</sup>. Il s'agit de :

- ceux qui ont toujours vécu en autonomie, parmi les valides ;
- ceux qui, déjà âgés, vivent toujours chez leurs parents (ou un de leur parent). Le moment venu, ils souhaitent un accueil conjoint en maison de repos et leur maintien après le décès du parent. Beaucoup de parents devenus âgés souhaitent en effet pouvoir entrer en maison de repos avec leur enfant handicapé. Cette perspective est légalement possible mais des pré-requis sont nécessaires pour la réussite d'une telle opération (structure architecturale, la personne handicapée ne doit pas être trop jeune). La résidence-service peut mieux convenir à ces familles, la formule de centre de jour pourra permettre aux parents de « souffler » ;
- ceux dont le(s) parent(s) décède(nt) et qui souhaitent mettre leur logement à la disposition d'une tierce personne moyennant service en contrepartie. La maison de

---

<sup>125</sup> D'HOLLANDER, *Op. cit.*, p. 58.

<sup>126</sup> Par combinaison des articles 2, 1°, et 2, 4°, du décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge, M. B. du 26 juin 1997.

<sup>127</sup> Réseau de consultants en gérontologie, *Pouvons-nous vivre ensemble ? – Etude sur la cohabitation des personnes handicapées mentales vieillissantes dans les institutions pour personnes âgées*, Collection Réflexion, Fondation de France, Paris, mars 1995, p. 65. Cette situation se dégage également de l'étude menée auprès des maisons de repos hutoises.

<sup>128</sup> GERARD J. et RIBESSE G., *Op. Cit.*, p. 66 ; D'HOLLANDER PH., *Op. cit.*, p. 53.

<sup>129</sup> GERARD J. et RIBESSE G., *Op. cit.*, p. 66.

repos constitue dans ce cadre un moment de répit pour l'aidant et une nouvelle piste à envisager au cas où cet aidant viendrait à disparaître.

L'attitude des gestionnaires d'établissements pour personnes âgées face à la venue de personnes handicapées mentales dans leur institution est mitigée. Ils peuvent être réticents car les troubles du comportement peuvent affecter les résidents et le personnel est souvent peu préparé ou formé à cet égard<sup>130</sup>. D'autres par contre mettent en œuvre de véritables projets de vie. Mais garder les personnes handicapées vieillissantes dans leur foyer ou en accueillir d'autres qui ont vécu en famille implique que des soins appropriés puissent leur être prodigués. Les maisons de repos sont relativement bien sensibilisées au problème du handicap moteur car de nombreuses personnes âgées en sont atteintes et de nombreux aménagements ont progressivement été mis en place (homes de plein pied, plans inclinés, mains courantes, personnel qualifié, présence d'un kiné, etc.)<sup>131</sup>. Les personnes souffrant de handicap visuel et de cécité nécessitent des infrastructures plus spécifiques ainsi qu'une prise en charge adéquate de leur problème. Les personnes atteintes de surdité/mutité, outre un environnement adapté à leur handicap, nécessitent bien souvent un personnel formé au langage des signes et sensible aux problèmes psychologiques qu'engendrent l'isolement sensoriel et relationnel. Avant d'envisager l'intégration d'une personne handicapée dans une maison de repos, il est donc nécessaire que les responsables et le personnel s'informent et se forment au sujet des particularités de chaque pathologie tant sur le plan théorique que pratique en vue d'affronter leurs comportements<sup>132</sup>.

La question de la cohabitation entre personnes âgées et personnes handicapées (et surtout mentales) au sein d'une même structure alimente les débats. Il ressort d'une étude menée par la Fondation de France<sup>133</sup> que l'intégration dans une institution est liée à un problème de comportement. Ce qui caractérise la cohabitation est l'indifférence. Seuls les comportements d'agressivité développent un sentiment d'insécurité chez les autres résidents et provoquent des réactions de rejets. On connaît déjà la difficulté de faire cohabiter des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer avec les autres pensionnaires. Par contre, quand il n'y a pas d'agressivité et si une démarche de prise en charge plus individuelle permet à chacun de trouver son mode d'intégration, une cohabitation efficace peut être envisagée. Il faudra cependant tenir compte de la différence entre les âges d'entrée et la différence des besoins qui en résultent. En effet, les maisons de repos et les maisons de repos et de soins sont généralement utilisées par des personnes très âgées et dépendantes. L'orientation des personnes handicapées qui n'ont pas atteint le grand âge vers ce type de structures soulève donc un certain nombre de questions.

Les obstacles pour l'accueil des personnes handicapées (mentales) en MRPA seraient le nombre (seuil de tolérance des autres résidents) et la lourdeur du handicap (maison pas adaptée). Néanmoins, la cohabitation peut fonctionner si certaines précautions sont prises (offre d'activités, soins de qualité, multiplicité des lieux collectifs, respect de l'intimité, formation du personnel, organisation efficace du travail, projet d'établissement). Il est également nécessaire de créer des passerelles entre les organisations visant les intérêts des personnes âgées et des personnes handicapées. On pourrait imaginer un établissement mixte, ou créer des structures spécifiques pour ces populations au sein de MRPA comme on

---

<sup>130</sup> D'HOLLANDER PH., *Op. cit.*, p. 58.

<sup>131</sup> EMMANUELIDIS S., Handicap et vieillissement, in *revue semestrielle de l'association des directeurs de maisons de repos*, novembre 1995, p. 65.

<sup>132</sup> Idem.

<sup>133</sup> Réseau de consultants en gérontologie, *Op. cit.*, 80 pages ; La Fondation de France a été créée en 1969 pour encourager le mécénat au service des projets qui répondent aux besoins de la société. Elle constitue une organisation privée, indépendante, apolitique et non confessionnelle. Elle collecte et redistribue des dons et legs en faveur d'actions d'intérêt général dans tous les domaines : solidarité, santé et recherche médicale, culture, éducation, environnement. Pour plus d'informations, voir <http://www.fdf.org>

le fait de plus en plus pour les personnes démentes. Cette formule pourrait éventuellement rencontrer le souhait de certains parents qui, de venu trop âgés, désirent entrer en maison de repos avec leur enfant handicapé.

Selon S. Emmanuelidis<sup>134</sup>, les raisons d'un échec de cohabitation peuvent résulter :

- d'une mauvaise orientation (pathologie trop lourde, troubles du comportement trop graves ou réorientation) ;
- d'une trop grande différence d'âge ;
- d'un manque de concertation ou de coopération entre l'hôpital psychiatrique et la maison de repos ;

Un contrat de suivi devrait être mis en place afin de rassurer les deux parties quant aux échecs ou aux difficultés.

#### • Les exclus

Parallèlement aux admis et aux déplacés, il existe des personnes handicapées vieillissantes qui sont restées à l'écart (pour diverses raisons) des services existants, du réseau institutionnel. Ce sont les exclus dont la longévité génère des problèmes importants en ce qui concerne leur cadre de vie.

Les personnes handicapées demeurant dans le cercle familial entrent dans cette catégorie. Il n'y a pas beaucoup d'enquêtes visant à recenser les personnes handicapées qui vivent dans leur famille mais il apparaît cependant que beaucoup de parents gardent leur enfant jusqu'à ce que la situation devienne précaire et ce malgré le développement des établissements<sup>135</sup>. Ces personnes sont dans une situation d'urgence dans la mesure où il est fréquent que les parents retardent le plus possible le placement en institution or, si la personne handicapée a 60 voire 70 ans, les parents en ont souvent 80 ou 90<sup>136</sup>. Lorsqu'ils deviennent âgés, ils rencontrent certaines difficultés : problèmes de santé dus à leur âge pouvant faire peser une double charge pour l'un des deux, idem pour la perte d'un conjoint, situation de stress devant un avenir peu sûr (« s'il m'arrive quelque chose, comment va-t-il vivre sans moi ? »), isolement social, fonction parentale qui se prolonge au-delà du terme normal,... Tous ces éléments constituent une charge mentale, physique et psychique pour les parents. Les cas les plus critiques sont ceux qui prennent en charge, de façon continue (jour et nuit), leur enfant handicapé devenu âgé et ce depuis des années. Ces situations d'urgence pourraient être anticipées en proposant un service d'aide à domicile doublé d'un service résidentiel souple qui permette par exemple un accueil d'un week-end par mois, ou encore favoriser les structures qui prennent le risque des temps partiels.

On peut citer *Support-AHM* reconnu comme service d'accompagnement des personnes handicapées adultes depuis 2001, qui développe une action d'intégration sociale de personnes mentalement handicapées se retrouvant seules après le décès de leurs parents. Le but est d'aider les parents (anxieux du devenir de leur enfant handicapé après leur décès) et la fratrie à réfléchir avec la personne concernée à son avenir et mettre certaines choses en place pour qu'un décès brutal ne vienne pas compromettre sa sécurité, son équilibre et son bien-être<sup>137</sup>. Il couvre l'ensemble du territoire wallon et sera amené à être davantage sollicité puisque les personnes handicapées survivent de plus en plus souvent à leurs

---

<sup>134</sup> EMMANUELIDIS S., *Op. cit.*, p. 65.

<sup>135</sup> GILSON D., Handicap mental et vieillissement – Soutenir la famille, la fratrie, in *L'Observatoire*, n° 26, 2000, p. 78.

<sup>136</sup> DE THIBAUT Th., Handicap mental et vieillissement – Le handicap est une affaire de famille, in *L'Observatoire*, n°26, 2000, p. 43.

<sup>137</sup> GILSON D., *Op. cit.*, p. 78.



parents<sup>138</sup>. Il ne s'agit pas de programmer la vie de la personne handicapée mais de trouver quelques pistes sécurisantes et souples (Quel avenir ? Quel hébergement ? Quelle protection ?...).

La question du vieillissement des parents pose le problème du relais par la fratrie et son positionnement par rapport à la personne handicapée. La réaction de la fratrie dépend de leur vécu familial, de leurs ressources et parfois du conjoint. Il est important d'associer frères et/ou sœurs aux prises de décisions, ils prendront conscience qu'à la mort de leurs parents ils seront parfois les seuls référents affectifs de leur frère/sœur handicapé(e) dans son lieu de vie<sup>139</sup>. L'accueil dans la fratrie ne constitue pas la solution idéale mais beaucoup espèrent qu'une relation privilégiée sera maintenue. Lorsqu'il n'y a pas de fratrie ou que celle-ci a pris des distances avec sa famille, les parents seront d'autant plus inquiets qu'ils devront confier leur enfant à des « étrangers ». Ils peuvent essayer d'organiser de leur vivant un réseau de personnes qui visitera, sortira, entourera la personne handicapée (les associations de parents peuvent les y aider).

Repérer ces familles, leur donner la parole, concevoir des solutions en partenariat serait intéressant. D'où l'importance d'avoir une idée du nombre de ces personnes handicapées qui sont toujours prises en charge par leurs parents.

Un autre groupe d'exclus sont ceux qui ont toujours vécus de façon autonome et indépendante. Comme pour les personnes âgées, ils souhaitent demeurer autant que possible chez eux. La difficulté est que peu d'établissements spécialisés souhaitent voir entrer des personnes d'âge mûr qui ont peu ou prou d'expérience de la vie collective.

- Les ignorés

Les ignorés sont les personnes, handicapées au préalable ou devenues handicapées, dont les déficiences sont occultées. Il s'agit essentiellement de déficiences sensorielles. Bon nombre de personnes âgées présentent ce type de déficiences dues à la vieillesse et les personnes handicapées mentales ne font pas exception voire y sont plus sensibles. Ces altérations doivent être prises en considération par les structures accueillant les handicapés vieillissants.

## 2.4 CONCLUSION DE CETTE PARTIE

La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes est une problématique extrêmement complexe de part la variété des situations à considérer, d'autant plus que ce vieillissement entraînera une modification de l'ensemble de leur système de vie par la transition et le passage d'un style de vie à l'autre.

Des orientations ont été identifiées. Par exemple, le maintien à domicile peut être envisagé. En effet, à l'instar des personnes âgées, les personnes handicapées vieillissantes désirent rester dans leur cadre de vie habituel autant que possible. Le maintien à domicile (domicile personnel, famille ou foyer) pourrait être possible grâce à la collaboration de services existants (aides matérielles, soins infirmiers à domicile,...) qui évoluerait au fur et à mesure de l'accroissement de la dépendance de vie liée à l'avancée de l'âge. Cette démarche a l'avantage d'éviter l'expérience traumatisante du déracinement.

---

<sup>138</sup> CAUDRON B., *Op. cit.*, p. 52.

<sup>139</sup> GILSON D., *Op. cit.*, p. 80.

Lorsque le domicile correspond au foyer d'hébergement, il y a lieu d'adapter les structures existantes (en termes architectural mais également de formation du personnel). Structurellement, il faudra veiller à avoir des possibilités d'accueil et du personnel en suffisance. Il faudra veiller à travailler en équipe pluridisciplinaire (aide senior et éducateur) et se former de manière continue pour une prise en charge globale. Il faut également veiller à apporter un soutien à ces équipes, souvent confrontées à des situations de stress et à des conditions de travail difficiles.

Une autre solution consisterait à orienter les personnes handicapées âgées en maison de repos. Cette possibilité peut constituer un enrichissement mutuel à condition qu'il ne se fasse pas n'importe comment et dans n'importe quelles conditions (personnel adéquat, nombre limité). Une trop grande diversité ou un mélange trop important de handicaps dans un même lieu entraînerait une diversification néfaste pour une bonne prise en charge et nuirait à l'intégration de chacun. Cette solution est donc à envisager avec beaucoup de précaution. On peut aussi penser à la création de structures spécifiques pour personnes handicapées âgées.

L'accompagnement des parents qui, durant toute leur vie, se sont occupés de leur enfant handicapé revêt également une importance capitale. Devenu âgé, la prise en charge devient de plus en plus difficile, pouvant les mener à des situations très difficiles. Un accompagnement préventif peut éviter bien des difficultés (organiser l'accompagnement après le décès par exemple). On pourrait également penser à l'établissement de structures mixtes où les parents âgés souhaitant entrer en maison de repos pourraient être accompagnés de leur enfant handicapé.

Par conséquent, la diversité des situations implique une diversité de solutions à envisager : création de structures spécifiques, adaptation des structures existantes, formation du personnel, soins et services à domicile, accompagnement des proches, prise en charge globale via un projet de vie, etc.

## Chapitre IV : CONCLUSIONS GÉNÉRALES ET PERSPECTIVES

La mise en œuvre de solutions adéquates aux besoins sociaux et sanitaires en Wallonie est une problématique très vaste et complexe. Notre démarche, qui se veut à la fois juridique, quantitative et territoriale, a pour objectif d'alimenter la réflexion sur les différents types de réponse à apporter selon les problématiques envisagées et selon les régions.

D'un point de vue territorial, la répartition de l'offre sanitaire ne semble pas optimale sur toute la Région. Si l'offre en médecins généralistes est globalement satisfaisante à peu près partout, celle des spécialistes est fortement liée à la localisation des hôpitaux - d'où des carences dans les régions qui en sont dépourvues -, et celles des infirmières et kinésithérapeutes semblent insuffisantes dans certaines régions vieillissantes. Les zones mal polarisées des régions rurales (botte de Givet, quelques régions de Famenne et Ardenne) sont donc plus fragilisées, que ce soit en terme d'équipements, de services ou d'accessibilité. Concernant l'offre, les efforts devraient dès lors porter sur un réajustement des services et infrastructures là où c'est nécessaire, et/ou sur une amélioration de l'accessibilité aux soins, en particulier au niveau de la mobilité des personnes plus âgées ou fragilisées.

Au-delà des infrastructures et des services, il est primordial de garder à l'esprit que l'amélioration de la santé des gens passe prioritairement par une amélioration du contexte social et économique dans lequel ils évoluent : l'emploi, l'éducation, la sensibilisation, la prévention sont donc autant de facteurs qui y jouent un rôle clé. La demande sanitaire est en effet notoirement plus élevée dans les zones fragilisées économiquement. Dans la partie hennuyère du pays par exemple, il est certain qu'une amélioration du contexte socio-économique global aura tôt ou tard un impact favorable sur la santé des populations, sans doute davantage qu'une multiplication de l'offre sanitaire (ce qui ne signifie pas qu'il ne faille pas réfléchir à une optimisation de l'existant). Une bonne couverture en équipements sanitaires et personnel soignant sur un territoire est certes une condition nécessaire, mais non suffisante pour assurer la santé des populations.

Le vieillissement des populations est également un facteur qui va conditionner – et de plus en plus – les besoins sanitaires des populations.

Les besoins des seniors sont nombreux et évolutifs : ils varient en fonction d'une multitude de facteurs qu'il serait vain de vouloir énoncer *in extenso*. Cependant, certaines *constantes* dans ces besoins et dans leur expression permettent de mieux cerner les enjeux liés au vieillissement : les besoins de sécurité, d'affection, de calme, d'espaces verts et de soutien médical sont ceux parmi les plus fréquemment cités par les seniors. La *réponse* à ces besoins, elle, varie - entre autres - en fonction de leur âge, de leur autonomie et des services qui sont mis à leur disposition. Il est donc important de distinguer les différents « types » de seniors afin d'envisager des solutions structurelles adaptées à chacun.

Concernant les seniors valides en pleine possession de leurs moyens, les migrations hors des centres urbains vers des espaces plus ruraux, au cadre agréable, constituent une des réponses aux besoins énoncés ci-dessus. La plupart des centres urbains ont en effet des soldes migratoires négatifs. En termes d'impact territorial, bien que les émigrations urbaines et périurbaines concernent un nombre relativement limité de seniors, ce sont les communes rurales ou les petits pôles en milieu rural qui ont leurs faveurs. Ces communes cibles doivent donc être conscientes de leur attrait pour ces populations, et tenir compte dans leur politique (aménagement, infrastructures, transports, ...) de ces flux.

Concernant les seniors plus âgés ou moins autonomes, les besoins de santé physique et affective deviennent prépondérants, entraînant d'autres types de migrations. Celles-ci sont souvent décidées non pas par les seniors eux-mêmes, mais par leur famille, et effectuées dans une relative urgence (dégradation soudaine de santé, perte d'un conjoint, etc.), ce qui limite le choix de la destination. Les communes cibles deviennent alors celles qui offrent des infrastructures les plus adaptées à leur situation. Il s'ensuit que les communes pauvres en équipements spécifiques, c'est-à-dire souvent les communes profondément rurales, connaissent des soldes migratoires structurellement négatifs pour leurs seniors. Mises à part les situations d'urgence, le choix de la destination est en outre limité par un contexte d'offre globalement insuffisante par rapport à la demande, phénomène accentué dans le Hainaut par des flux transfrontaliers conséquents. Les soldes migratoires des communes reflètent donc pour la plupart ces deux types de migration.

En terme d'infrastructures, la politique wallonne menée à l'égard des personnes âgées est en constante évolution, de nouvelles formules étant mises en place périodiquement par le législateur (court séjour, services intégrés de soins à domicile). Toutefois, il apparaît que certains besoins des personnes vieillissantes ne sont pas pleinement rencontrés, que ce soit en termes quantitatif ou qualitatif (notamment ceux des personnes âgées valides ou des personnes âgées démentes). Par conséquent, parallèlement à ces politiques, des initiatives originales sont lancées, en général par les acteurs de terrain (ou sous leur impulsion).

En effet, le système socio-sanitaire wallon tel qu'il existe à l'heure actuelle ne permet pas une transition douce entre le domicile et la maison de repos. Une diversification de l'offre en habitat, sous un aspect qualitatif, s'avérerait judicieuse. Il s'agirait non seulement de favoriser l'implantation de nouvelles formules, mais également d'inciter celles qui existent à s'inscrire dans des projets innovants. On peut s'interroger par exemple sur la raison d'être des maisons de repos dans leur forme actuelle. On constate en effet qu'elles prennent en charge des personnes de plus en plus dépendantes et âgées (effet de soins à domicile). Se pose dès lors la question de l'adaptation et de la rénovation de structures existantes en fonction du degré de dépendance des êtres vieillissants. Certains des outils établis il y a une dizaine d'années ne correspondent plus aux besoins des personnes vieillissantes en 2005.

Par ailleurs, le vieillissement de la population aura pour conséquence que la croissance des besoins d'hébergement, de soins et d'aide à domicile ira en augmentant. Il faut s'y préparer et faire en sorte que l'offre soit quantitativement et qualitativement satisfaisante, suffisamment diversifiée et territorialement équilibrée, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. De fait, sachant qu'un certain nombre de communes n'offrent encore *aucun* établissement spécifique à leurs seniors, des choix politiques devraient peut-être être envisagés. Des concertations transfrontalières pourraient également viser à ce que les déséquilibres observés dans l'offre proposée entre la France du Nord et la Belgique ne finissent par être préjudiciable aux seniors « indigènes » en raison de la forte pression sur la demande.

En amont, il faut porter une attention particulière à la promotion de la santé en vue de garantir une meilleure qualité de vie et par conséquent un maintien à domicile et une prise en charge en termes de soins plus tardive. Concrètement, il s'agit d'intensifier la prévention (contre le tabagisme par exemple), de traiter les maladies chroniques et de prévenir leurs séquelles, d'améliorer le bien-être social (afin de briser le cercle vicieux pauvreté - vulnérabilité médicale - pauvreté) ou encore d'offrir un environnement plus adapté aux personnes âgées.

En outre, la formation du personnel (aides familiales, infirmières à domicile, kinésithérapeutes, personnel de maison de repos ou de services à domicile) à la problématique particulière de la gériatrie est un enjeu futur de par la spécificité des personnes âgées, dont les professionnels n'ont peut-être pas toujours conscience à l'heure actuelle (démence notamment). D'un point de vue territorial, il peut être utile de vérifier que l'offre des professionnels en soins à domicile coïncide avec les zones à fortes concentrations de seniors, ce qui n'est pas le cas partout aujourd'hui. Des mesures incitatives pourraient être envisagées afin de rééquilibrer cette répartition.

Par ailleurs, le maintien à domicile n'est possible que s'il est combiné avec l'aide apportée par les aidants informels (conjoint, entourage, etc.). La politique à mener en leur faveur pourrait être développée davantage. Dans cette optique, les infrastructures pour les personnes à mobilité réduite doivent être pensées et mises en place de manière plus systématique.

Enfin, le lecteur aura constaté la complexité redoutable de la structuration des institutions pour personnes âgées en Wallonie. Les personnes qui y sont confrontées à cause de leur état de santé ou les aidants ne s'y retrouvent pas nécessairement. Le nombre d'institutions et leur rôle (notamment pour les soins à domicile) sont difficiles à appréhender par ces acteurs d'autant plus qu'ils se trouvent souvent dans des situations d'urgence. En ce sens, un guichet unique (autre que sur Internet), centralisant toutes les solutions à envisager pour la prise en charge des êtres vieillissants pourrait constituer une avancée notable dans l'humanisation de l'aide aux personnes âgées.

L'étude a aussi mis en évidence le problème des personnes handicapées âgées qui entraîne une série de questionnements quant aux politiques sociales et sanitaires à mener pour les protéger. La question est d'autant plus cruciale qu'elle sera amenée à prendre une place de plus en plus importante, le nombre de personnes handicapées âgées allant crescendo, et les professionnels y étant confrontés pour la première fois. A l'heure actuelle, le vieillissement des personnes handicapées est pris en charge par une répartition des bénéficiaires entre les différentes entités selon les âges, mais sans aucune reconnaissance par les pouvoirs publics.

La réflexion a permis de dégager quelques pistes de solutions, très diversifiées, dans la mesure où chaque cas est particulier (en fonction des conditions de vie, des déficiences, du vécu de la personne handicapée) et nécessite une réponse adaptée et spécifique. Il n'est pas possible d'apporter *une* solution unificatrice qui constituerait la panacée. C'est donc une palette de solutions ainsi que des passerelles entre elles qui devraient être envisagées en préconisant la logique des projets personnalisés visant la qualité de vie.

En d'autres termes, toutes les alternatives devraient être envisagées, selon le vécu de chacun : rester à la maison ou dans son foyer en faisant appel aux services à domicile, adapter les structures existantes, partir en maison de repos, séjourner en hôpital lorsque cela est nécessaire, développer les formules de logements accompagnés, etc. Le travail de réseau y occuperait une place prépondérante. Il pourrait se matérialiser par la création d'une sorte de plate-forme de coordination, de formation et d'échanges.

Enfin, les réflexions et investigations menées au cours de ces trois années ont également mis en évidence des perspectives de recherches. Parmi les travaux qui pourraient être envisagés comme prolongation de cette étude, nous pensons à une analyse géographique plus fine de l'offre proposée, telle que – par exemple – les secteurs de spécialisations des traitements hospitaliers. Les coopérations et les flux transfrontaliers, la prise en compte des facteurs environnementaux, les territoires opérationnels des services sanitaires, la mobilité des personnes âgées sont également des pistes de réflexion qui n'ont pu être développées plus avant dans le cadre de cette étude, et qui pourtant mériteraient d'être approfondies. Il en va de même pour la réflexion sur les lieux de vie pour personnes âgées handicapées. Un état des lieux de la littérature pourrait être réalisé dans ce domaine mais aussi d'une manière

plus générale en termes de géographie de la santé. Pour terminer, d'un point de vue pratique, une banque centrale de données relatives à la santé et à l'action sociale constituerait un plus pour la Région wallonne et les chercheurs actifs dans ces domaines.

## BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

### OUVRAGES, ARTICLES, RAPPORTS,...

ARTOISENET C., DELIEGE D. et LEROY X., Aide et soins à domicile, en maison de repos ou ailleurs... Quelles perspectives face au vieillissement de la population ?, in *L'Observatoire*, n° 44, 2005, pages 86 à 96.

AVALOSSE H., CORNELIS K., LEONARD C., VERNIEST R., *Le vieillissement, un enjeu collectif*, Mutualités Chrétiennes, Département Recherche et développement, dossier thématique n° 5, 2005, 155 pages.

BEKA P. et LIPPERT B., Evolution des structures d'accueil des personnes âgées en Wallonie, in *L'Observatoire*, n° 44, 2005, pages 41 à 47.

BOUTON B., Les centres de coordination de soins et de services à domicile, les structures de soins palliatifs et les services intégrés de soins à domicile, in *L'Observatoire*, n° 44, 2005, pages 48 à 50.

BREITENBACH N., Les admis, les déplacés, les exclus, les ignorés,... Les grandes problématiques relevées par la nouvelle longévité des personnes handicapées, in *Réadaptation*, n° 431, juin 1996, pages 16 à 22.

BUNTINX F., DE LEPELIERE J. et YLIEFF M., Bilan synthétique des politiques d'aide et de soins aux personnes âgées, in *L'Observatoire*, n° 44, 2005, pages 57 à 59.

CASMAN M.-Th., Quelles politiques en faveur des aînés ? Des chiffres pour mieux comprendre les réalités, in *L'Observatoire*, n° 44, 2005, pages 20 à 24.

CARLSON A., *Où vivre vieux ? Quel éventail de cadres de vie pour quelles personnes vieillissantes ?*, Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, novembre 1998, 206 pages.

CAUDRON B., Handicap mental et vieillissement – Approche européenne et situation en Région wallonne, in *L'Observatoire*, n° 26, 2000, pages 45 à 52.

DALLA PIAZZA S., Handicap mental et vieillissement – Des institutions et des personnes, in *L'Observatoire*, n° 26, 2000, pages 36 à 38.

DE CORTE St., RAYMAKEKERS P., THAENS K., VANDEKERCKHOVE Br., FRANCOIS G., *Etude des mouvements migratoires de et vers les grandes villes pour les trois régions belges*, Rapport final, VUB/TNS DIMARSO, octobre 2003.

DERLET J.-M., Le logement solidaire pour le troisième âge, in *L'Avenir du Luxembourg*, 24 avril 2005.

DE THIBAUT Th., Handicap mental et vieillissement – Le handicap est une affaire de famille, in *L'Observatoire*, n° 26, 2000, pages 43 à 44.

DETIENNE Th., Bien vieillir en Wallonie ; les chemins de l'autonomie, Dossier de presse, 3 juin 2003.

D'HOLLANDER Ph., Le vieillissement des personnes handicapées, in *revue semestrielle de l'association des directeurs de maisons de repos*, novembre 1995, pages 53 à 60.

EMMANUELIDIS S., Handicap et vieillissement, in *revue semestrielle de l'association des directeurs de maisons de repos*, novembre 1995, pages 61 à 65.

FARINELLE M., Handicap mental et vieillissement – Soutenir le personnel, forger un projet institutionnel, in *L'Observatoire*, n° 26, 2000, pages 82 à 85.

GERARD J. et RIBESSE G., L'accueil des personnes handicapées vieillissantes aux côtés de personnes âgées en maison de repos est-il une voie d'avenir ?, in *revue semestrielle de l'association des directeurs de maisons de repos*, novembre 1995, pages 66 à 76.

GILSON D., Handicap mental et vieillissement – Soutenir la famille, la fratrie, in *L'Observatoire*, n° 26, 2000, pages 78 à 80.

Gouvernement wallon, Contrat d'Avenir pour la Wallonie (CAW), 2000.

Gouvernement wallon, Schéma de développement de l'espace régional (SDER), 1999.

GRIMMEAU J.-P., BOSWELL R., ROELANDTS M., *Etude des besoins en maison de repos de la Wallonie*, GEVERU-ULB, rapport n° 1, n° 2 et n° 3 pour le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Communauté française, 1992-1993.

HIVA et SESA, *Vieillesse, aide et soins de santé en Belgique*, Working paper DGSOC n° 1, Bruxelles, SPF sécurité sociale, Direction générale des politiques sociales, mars 2005, 679 pages.

Institut National de Statistiques, *Démographie mathématique – perspectives de population 2000-2050*, [http://statbel.fgov.be/pub/d2/p231y2000-2050\\_fr.pdf](http://statbel.fgov.be/pub/d2/p231y2000-2050_fr.pdf)

Laboratoire des innovations sociales, *L'Auberge du Vivier à Habay-la-Neuve – une maison de repos qui favorise les solidarités entre générations*, cahier n° 44, éditions électroniques Luc Pire, Liège, mai 2005, [http://www.labiso.be/ebooks/labiso\\_44\\_vivier/#](http://www.labiso.be/ebooks/labiso_44_vivier/#)

Laboratoire des innovations sociales, *Ligue Alzheimer – La participation pour répondre à la vulnérabilité*, cahier n° 21, éditions électroniques Luc Pire, Liège, 2003, [http://www.labiso.be/ebooks/pdf/21\\_Alzheimer.pdf](http://www.labiso.be/ebooks/pdf/21_Alzheimer.pdf)

Laboratoire des innovations sociales, *La maison d'Abbeyfield de Villers-la-Ville – des personnes âgées comme les autres mais qui s'organisent*, cahier n° 7, éditions électroniques Luc Pire, Liège, 2002, [http://www.labiso.be/ebooks/pdf/07\\_abbeyfield.pdf](http://www.labiso.be/ebooks/pdf/07_abbeyfield.pdf)

LECLERQ A., Services d'aide aux familles et aux personnes âgées, in *L'Observatoire*, n° 44, 2005, pages 52 à 56.

LEROY X., Comment les aînés organisent-ils leur vie ?, in *Bulletin d'éducation du patient*, volume 16, n° double 2-3, juillet 1997, pages 10 à 14.

LIPSZYC B., Vieillesse, état de santé et cessation d'activités, in *Les cahiers du CREPP* 2002/14, [http://www.ulg.ac.be/crepp/02\\_14Lipszyc.pdf](http://www.ulg.ac.be/crepp/02_14Lipszyc.pdf), 15 pages.

Nations Unies, Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, Une société pour tous les âges, avril 2002, <http://www.un.org/french/ageing>

MERCIER M. et MERLIN C., Handicap mental et vieillissement - définitions et questions générées, in *L'Observatoire*, n° 26, 2000, pages 21 à 24.

Ministère de la Région wallonne (DGATLP), CPDT, *Tableau de Bord du Développement Territorial 2003*, 2003, 212 pages.

Ministère de la Région wallonne, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003.

Ministère de la Région wallonne, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, rapport final de la subvention 2003-2004, septembre 2004.

Réseau de consultants en gérontologie, *Pouvons nous vivre ensemble ? – Etude sur la cohabitation des personnes handicapées mentales vieillissantes dans les institutions pour personnes âgées*, Collection Réflexion, Fondation de France, Paris, mars 1995, 80 pages.



SARFATY J. et ZRIBI G. (dir.), *Le vieillissement des personnes handicapées – recherches françaises et européennes*, éditions école nationale de la santé publique, Rennes, 1992, 188 pages.

SARFATY J. et ZRIBI G. (dir.), *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*, éditions école nationale de la santé publique, Rennes, 2003, 198 pages.

SCHIFFINO A., Dépendance, famille et soins à domicile, in *L'Observatoire*, n° 17, 1998, pages 64 à 66.

Société belge de Gériatrie et de Gériatrie, *Cours de médecine gériatrique : aspects cliniques et généraux*, seconde édition, 2002, 412 pages, [http://www.geriatrie.be/fr/ger\\_pfizer.asp](http://www.geriatrie.be/fr/ger_pfizer.asp)

TAILFER M., Luxembourg – Alzheimer – Un baluchon pour aider les aidants proches, in *L'Observatoire*, n° 44, 2005, pages 116 et 117.

## COLLOQUES

Colloque prospectif handicap, *Vers une meilleure intégration des personnes handicapées*, actes du colloque organisé par la FISSAP en collaboration avec EWETA, GASMAES et LNH à Marche-en-Famenne les 24 et 25 juin 2003, 117 pages, <http://www.colloques.be/Fissaaj-Awiph/Actes.pdf>

Institut Européen Interuniversitaire de l'Action sociale, *Du « vivre chez soi » à l'institution : des solutions alternatives en réponse aux besoins diversifiés d'une population vieillissante en Europe*, Actes du colloque européen organisé le 20 novembre 1997 à Charleroi.

## SITES INTERNET

<http://prov-liege.be/telesoc> (site du centre d'études et documentation sociales, province de Liège, juin 2005)

[http://statbel.fgov.be/home\\_fr.htm](http://statbel.fgov.be/home_fr.htm) (site de l'Institut National de Statistiques, juin 2005)

<http://wallex.wallonie.be> (base de données juridiques de la Région wallonne, juillet 2005)

<http://www.age-platform.org> (site de la plate forme européenne des personnes âgées, août 2005)

<http://www.alzheimer.be> (site de la ligue Alzheimer, août 2005)

<http://www.baluchon-alzheimer.be> (site de Baluchon Alzheimer Belgique, août 2005)

<http://www.europa.eu.int/> (site de l'Union européenne, juin 2005)

<http://www.habiter-autrement.org> (juillet 2005)

<http://www.kbs-frb.be/> (site de la Fondation Roi Baudouin, juin 2005)

<http://www.rifvel.be/> (site du Réseau Internet Francophone Vieillir en liberté 18 mai 2005)

[http://www.senioractu.com/Maisons-de-retraite.Les-seniors-du-nord-de-la-France-attires-par-les-maisons-de-retraite-belges\\_a4610.html](http://www.senioractu.com/Maisons-de-retraite.Les-seniors-du-nord-de-la-France-attires-par-les-maisons-de-retraite-belges_a4610.html) (site français pour les seniors, juillet 2005)

<http://www.un.org/ageing> (site des Nations Unies, mai 2005)

## TABLE DES ANNEXES

Annexe I : Liste des rapports effectués par le thème 3.3 et bref aperçu de leur contenu

Annexe II : Liste des outils étudiés dans l'inventaire

Annexe III : Analyse en composantes principales de l'offre sanitaire

Annexe IV : Typologie des communes

Annexe V : Motifs du déménagement des seniors par catégorie d'âge

Annexe VI : Résultats de l'enquête menée auprès des services sociaux et sanitaires hutois à destination des personnes handicapées

## **ANNEXE I : LISTE DES RAPPORTS DU THÈME 3.3**

Cette annexe reprend, par ordre chronologique, l'ensemble des documents distribués ainsi qu'un bref aperçu de leur contenu. Ils peuvent être obtenus sur demande au secrétariat de la CPDT.

### **SUBVENTION 2002 – 2003**

#### **Mars 2003**

Ministère de la Région wallonne, Conférence permanente du développement territorial, Rapport intermédiaire de la subvention 2002–2003, mars 2003, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

Le premier rapport présenté dans le cadre du thème 3.3 consiste en un état d'avancement présentant les objectifs de la recherche, la méthodologie utilisée ainsi que les principaux résultats obtenus. A ce stade, l'analyse de la répartition des compétences est achevée et l'inventaire est en voie de finalisation. L'annexe du rapport présente :

- l'analyse de la répartition des compétences ;
- la liste des structures qui seront étudiées dans l'inventaire ;
- une illustration de l'inventaire par l'analyse des outils repris dans l'aide sociale aux justiciables ;
- un exemple de tableau croisé.

Ce document a été envoyé aux membres du Comité d'accompagnement en version papier.

#### **Juin 2003**

Ministère de la Région wallonne, Conférence permanente du développement territorial, Note d'orientation de la subvention 2002–2003, juin 2003, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

La note d'orientation présente l'inventaire.

Ce document n'a pas été distribué en version papier aux membres du Comité d'accompagnement mais leur a été adressé par e-mail.

#### **Septembre 2003**

Ministère de la Région wallonne, Conférence permanente du développement territorial, Rapport final de la subvention 2002–2003, septembre 2003, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

Le rapport final reprend l'ensemble des travaux qui ont été réalisés au cours de la subvention 2002–2003 à savoir :

- l'analyse du partage des compétences ;
- l'inventaire finalisé ;
- une première série de tableaux croisés visant à comparer les outils figurant dans l'inventaire. Les institutions relevant d'une même politique entre elles sont confrontées sur trois de leurs aspects (bénéficiaires, champ d'application territorial et missions).

Ce document a été envoyé aux membres du Comité d'accompagnement en version papier.

## **SUBVENTION 2003 – 2004**

### **Mars 2004**

Ministère de la Région wallonne, Conférence permanente du développement territorial, Rapport intermédiaire de la subvention 2003–2004, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

Ce rapport contient la deuxième partie des tableaux croisés (comparaisons des outils relevant de politiques différentes entre eux). A ce stade, tous les outils relevés dans l'inventaire ont donc été comparés entre eux sur trois de leurs aspects : les bénéficiaires, le champ d'application territorial et leurs missions.

Ce document a été envoyé aux membres du Comité d'accompagnement en version papier.

### **Septembre 2004**

Ministère de la Région wallonne, Conférence permanente du développement territorial, Rapport final de la subvention 2003–2004, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

Le rapport final est scindé en trois parties. D'abord, il expose les conclusions tirées des tableaux croisés quant aux doubles emplois et aux synergies. Ensuite, un essai de cartographie de la localisation des équipements est présenté en prévision des travaux futurs. Enfin, l'étude des équipements sociaux et sanitaires d'une commune (Huy) est initiée.

## **SUBVENTION 2004-2005**

### **Mars 2005**

Ministère de la Région wallonne, Conférence permanente du développement territorial, Rapport intermédiaire de la subvention 2004–2005, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

Ce rapport contient des indicateurs d'offre et de demande sur la santé ainsi que sur les personnes âgées. L'inventaire et l'étude de tous les équipements sociaux et sanitaires de Huy sont finalisés ainsi qu'une enquête plus poussée pour les services et institutions destinés exclusivement aux personnes âgées.

## **ANNEXE II : STRUCTURES ÉTUDIÉES DANS L'INVENTAIRE (CLASSEMENT PAR POLITIQUE)**

### **1. POLITIQUE DE SANTÉ**

Hôpitaux généraux

Hôpitaux universitaires

#### **1.1 SECTEUR PSYCHIATRIQUE**

Hôpitaux psychiatriques

Centres hospitaliers psychiatriques

Initiatives d'habitations protégées

Maisons de soins psychiatriques

#### **1.2 SANTÉ AMBULATOIRE**

Associations de santé intégrée

Centres de télé-accueil

Plates-formes de soins palliatifs

Services de santé mentale

Services spécialisés en assuétudes

Réseaux d'aide et de soins en assuétudes

#### **1.3 ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE**

Centres de coordination de soins et services à domicile

Services d'aide aux familles et aux personnes âgées

Services intégrés de soins à domicile

#### **1.4 GUIDANCE ET TRAITEMENT DES AUTEURS D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL**

Equipes psychosociales spécialisées

Equipes de santé spécialisées

Centre d'appui

#### **1.5 DIVERS**

Service écoute-enfants

Equipes SOS-enfants

Centres PMS

Centres PMS pour l'enseignement spécial

### **2. POLITIQUE FAMILIALE**

Centres de planning et de consultation familiale et conjugale

#### **2.1 ACCUEIL, HÉBERGEMENT ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN DIFFICULTÉS SOCIALES**

Centres d'accueil pour adultes

Maisons maternelles

Maisons d'accueil

Maisons de vie communautaire

Abris de nuit

Maisons d'hébergement de type familial

### **3. POLITIQUE DES PERSONNES HANDICAPÉES**

#### **3.1 INTÉGRATION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE**

Centres d'évaluation et d'orientation professionnelle

Centres de formation professionnelle

Centres de réadaptation fonctionnelle

Entreprises de travail adapté

Section d'accueil et de formation en entreprise de travail adapté

Dispositifs de maintien

#### **3.2 SERVICES NON-RÉSIDENTIELS**

Services d'accompagnement des personnes handicapées adultes

Services d'accueil de jour pour adultes

Services d'accueil de jour pour jeunes

Services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés

Services d'aide à l'intégration

Services d'aide aux activités de la vie journalière

Services d'aide précoce aux enfants handicapés

Services de placement familial

#### **3.3 SERVICES RÉSIDENTIELS**

Services résidentiels pour adultes

Services résidentiels pour jeunes

Services résidentiels de nuit pour adultes

Services résidentiels de transition

### **4. POLITIQUE D'ACCUEIL ET D'INTÉGRATION DES ÉTRANGERS**

Centres régionaux d'intégration des personnes étrangère ou d'origine étrangère

### **5. POLITIQUE D'ACTION SOCIALE**

#### **5.1 AIDE SOCIALE**

Centres de service social

CPAS

#### **5.2 AIDE AUX JUSTICIABLES**

Services d'aide sociale aux détenus en vue de leur réinsertion sociale

Services d'aide aux victimes

Services d'aide sociale aux justciables

**5.3 LUTTE CONTRE LE SURENDETTEMENT**

Services de médiation de dettes

Centres de référence pour services de médiation de dettes

**5.4 INSERTION SOCIALE**

Services d'insertion sociale

Relais sociaux urbains

Relais sociaux intercommunaux

**6. POLITIQUE DU TROISIÈME ÂGE**

Centres d'accueil de jour pour personnes âgées

Maisons de repos

Résidences-services

Maisons de repos et de soins

Centres de soins de jour

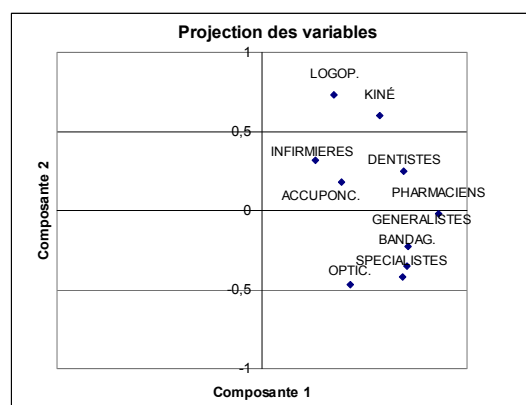
## ANNEXE III : ANALYSE EN COMPOSANTES PRINCIPALES DE L'OFFRE SANITAIRE

Le graphe ci-dessous reprend les variables prises en considération dans l'analyse, ainsi que leur projection sur les composantes 1 et 2.

Les services les plus couramment sollicités ont ainsi été intégrés dans l'analyse.

La première composante synthétise donc tous les services, et en particulier l'offre en pharmaciens, généralistes, bandagistes et spécialistes par habitant, tandis que la deuxième (non exprimée par carte) oppose surtout celle des logopèdes et kiné à celle des spécialistes et des opticiens.

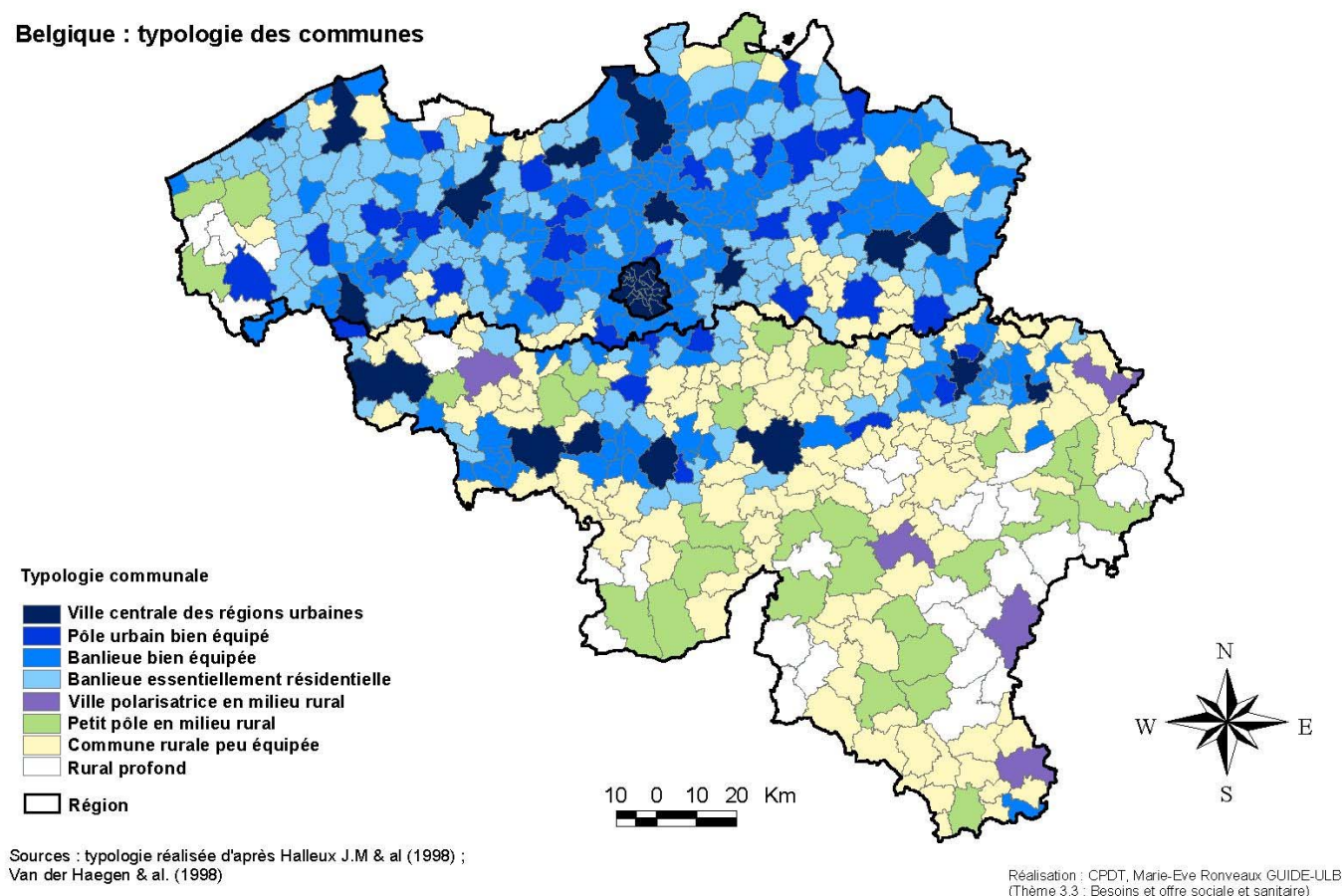
La première composante principale synthétise 35.6% de l'information, la deuxième 16.6%.





## ANNEXE IV : TYPOLOGIE DES COMMUNES

Belgique : typologie des communes



## ANNEXE V : MOTIFS DU DÉMÉNAGEMENT DES SENIORS PAR CATÉGORIE D'ÂGE

Motif du déménagement	50-64	65-79	80+
Devenir propriétaire	5,0%	1,7%	5,3%
Espaces verts et calme – nuisances urbaines + pro-campagne – anti-ville	26,0%	12,1%	
Emploi	2,0%		
Habitation/jardin trop petit + enfants/agrandissement de la famille	2,0%	3,4%	
Cohabitation - Mariage	1,0%	1,7%	
Problèmes de cohabitation (allochtones) + insécurité	6,0%	15,5%	15,8%
Plus près de la famille	4,0%	10,3%	10,5%
Divorce	8,0%		
Trop grand/vieillesse/santé	10,0%	13,8%	31,6%
Meilleure situation + environnement + qualité de vie	1,0%	3,4%	10,5%
Retour dans la région d'origine	3,0%		5,3%
Pas de raison - Hasard - Inconnu	6,0%	5,2%	
Frais de logement trop élevés + raisons financières	6,0%	3,4%	
Opportunité (logement social à acheter (via famille))	1,0%	1,7%	
Mauvais état – plus de confort	4,0%		5,3%
Déménagement forcé	2,0%	10,3%	
Raisons personnelles ou familiales	1,0%	3,4%	
Fin de la carrière (professionnelle)	7,0%	3,4%	5,3%
Indépendance – fin des études + début des études (&demeurer sur place)			
Plus près des équipements – attrait de la ville	1,0%	1,7%	
Vente (financier, familial, ...)	2,0%	3,4%	
Décès	2,0%	5,2%	10,5%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>19</b>

Sources : VUB/TNS DIMARSO, Auteurs : DE CORTE St., RAYMAKEKERS P., THAENS K., VANDEKERCKHOVE Br., FRANCOIS G., extrait du rapport final *Etude des mouvements migratoires de et vers les grandes villes pour les trois régions belges*, octobre 2003 tableau 109 Motif d'émigration par catégorie d'âge, p.135.

## **ANNEXE VI : RESULTATS DE L'ENQUETE MENEES AUPRES DES SERVICES SOCIAUX ET SANITAIRES HUTOIS A DESTINATION DES PERSONNES HANDICAPEES**

Une enquête semblable à celle réalisée pour les services spécifiques aux personnes âgées a été menée auprès des institutions pour personnes handicapées. La méthodologie utilisée figure dans le rapport final de la subvention 2003-2004 du thème 3.3 (septembre 2004).

D'abord, il est vite apparu, à la différence de ce qui a été constaté pour les personnes âgées, que les données récoltées n'étaient pas homogènes quant au type d'information (type de handicap, etc.), aux années,... Parallèlement aux données, une interview à questions ouvertes a été réalisée auprès des acteurs de terrain.

Cette annexe reprend les résultats obtenus sous la même forme que ce qui avait été réalisé pour les personnes âgées à savoir : estimation de l'offre, estimation de la demande et satisfaction des besoins.

- Estimation de l'offre
  - Infrastructures

En termes d'équipements pour personnes âgées, il y a à huy :

- 2 services résidentiels pour adultes (64 lits) ;
- 1 service d'accueil de jour pour adultes (7 places) ;
- 1 service résidentiel pour jeunes (36 lits) ;
- 1 entreprise de travail adapté ;
- 2 écoles d'enseignement spécial (fondamentale, primaire et secondaire).

Il s'agit de structures formelles. En parallèle, des structures informelles ont été identifiées essentiellement dans le domaine des loisirs, de la prévention en termes de santé,...

Toutes les institutions sont des ASBL sauf, bien évidemment, les écoles.

D'un point de vue territorial, les équipements sont concentrés dans le centre de Huy ou alentours à l'exception du « Château vert » qui se situe plus en périphérie (à Solière). Cette institution comprend à elle seule une école spéciale, un service résidentiel pour jeunes, un service d'accueil de jour pour adultes et un service résidentiel pour adultes.

- Coopérations

Les entretiens révèlent que toutes les institutions collaborent de manière ponctuelle. Ces collaborations sont spécifiques à chaque institution et varient en fonction de leur raison d'être et des besoins. En général, elles s'effectuent avec les autres institutions AWIPH, le CHRH, le(s) CPAS, les institutions spécialisées (Lennox, Fraiture,...). Enfin, elles se nouent essentiellement dans l'entité hutoise (arrondissement Huy – Waremme) et plus loin (Liège ou Namur) si aucun partenaire ne se trouve à Huy.

- Zone de recrutement

La zone de recrutement observée pour les équipements pour personnes âgées était homogène et correspondait à Huy et aux communes avoisinantes. Cette observation ne se rencontre pas ici. En effet, le pôle d'attraction est fonction des établissements. Par exemple, pour les services résidentiels pour adultes, aucune cohérence n'a pu être observée. A la Pommeraie, l'essentiel des résidents provient de Huy, ce qui est dû à la politique de l'institution. En effet, à situation égale (en termes de handicap, d'urgence, etc.), la préférence

ira à un hutois. Par contre au « Château vert », la Province de Liège est la plus représentée, vient ensuite Bruxelles.

Cette incohérence se retrouve aussi pour les établissements d'enseignement spécial. Les élèves de l'Institut Sainte Claire proviennent essentiellement de Huy et alentours notamment à cause du transport scolaire. Pour l'école du « Heureux abris » sur le site du « Château vert », aucun pôle d'attraction ne se dégage vraiment. Des bénéficiaires proviennent d'un peu partout en Wallonie mais également de la Région de Bruxelles-Capitale voire de Flandre. Cet éclatement est dû à la coexistence, sur le site, d'un service résidentiel pour jeunes, les enfants suivent leur scolarité tout en étant en internat, ils ne doivent donc pas se déplacer tous les jours.

Pour les autres structures, les bénéficiaires proviennent de Huy et alentours.

- Ressources humaines

Les données obtenues à cet égard se sont avérées peu précises. En se basant sur les estimations des personnes interviewées, le personnel des institutions pour personnes handicapées à Huy provient de la commune ou de ses environs

- Estimation de la demande

- Population

Identifier, comme on l'avait fait lors de l'enquête auprès des institutions pour personnes âgées, un profil est difficilement réalisable ici. En effet, les services sont trop diversifiés pour que des comparaisons puissent être effectuées. Par exemple, SRJ et SRA ne peuvent être comparés, les types de handicap pris en charge varient d'une structure à l'autre. Les bénéficiaires sont fonction du type d'institution **et** du type de handicap pris en charge. L'échantillon n'est pas suffisamment représentatif or l'enquête se déroule uniquement sur Huy. On peut néanmoins tirer une conclusion importante : le même type d'institution ne se fait pas nécessairement concurrence. Par exemple, les types de handicap pris en charge par les deux écoles d'enseignements spécial de Huy ne sont pas les mêmes. Idem pour les services résidentiels pour adultes.

- Satisfaction des besoins

- Aspects qualitatifs

Il résulte des entretiens que l'offre est suffisante dans les établissements d'enseignement spécial, le service résidentiel pour jeunes et le service d'accueil de jour pour adultes. Par contre, une inadéquation entre offre et demande apparaît au niveau des services résidentiels pour adultes. Plusieurs facteurs ont été identifiés. D'abord, la durée de séjour est plus longue dans les SRA. A « La Pommeraie » par exemple 33 % des résidents sont là depuis la création du centre en 1987. En effet, les résidents y entrent à partir de 18 ans (voir 21 ans). Ensuite, on constate un vieillissement des personnes handicapées, leur espérance de vie, à l'instar de la population wallonne va crescendo. Enfin, le vieillissement des personnes responsables de la personne handicapée est également un facteur puisque, prendre en charge un adulte handicapé est beaucoup plus épuisant et difficile à assumer qu'un enfant.

- Délais d'attente

Les délais d'attente ont essentiellement été constatés dans les services pour adultes. Ils sont variables d'une année à l'autre et dépendent des départs et des établissements.

L'étude menée à Huy a permis de mettre en évidence un enjeu important dans le cadre de la politique des personnes handicapées : leur vieillissement.